

Aus dem Kinderneurologischen Zentrum
der Rheinischen Landesklinik Bonn

SCHULERFOLGE AUSLÄNDISCHER KINDER
IN ABHÄNGIGKEIT
VON SOZIALMEDIZINISCH RELEVANTEN FAKTOREN

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

dem Fachbereich Medizin vorgelegt
von
BRIGITTE HANNELIESE STUNDER
aus Gelnhausen

MAINZ 1985

Für das Kaiser-Wilhelms-Institut
für Rheumatische Krankheiten Bonn

SCHULFÜR DIE AUSLÄNDISCHEN KLINIK
IN WANDERSWERT

VON SOZIALMEDIZINISCHEN HILFSAKTIVITÄTEN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

der Erlangung der Erlaubnis der Erlaubnis
der Erlaubnis Erlaubnis Erlaubnis Erlaubnis

der Erlaubnis Erlaubnis Erlaubnis Erlaubnis

von

der Erlaubnis Erlaubnis Erlaubnis Erlaubnis

der Erlaubnis Erlaubnis Erlaubnis Erlaubnis

MAH-2 126

Aus dem Kinderneurologischen Zentrum
der Rheinischen Landesklinik Bonn

**SCHULERFOLGE AUSLÄNDISCHER KINDER
IN ABHÄNGIGKEIT
VON SOZIALMEDIZINISCH RELEVANTEN FAKTOREN**

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

dem Fachbereich Medizin vorgelegt

von

BRIGITTE HANNELIESE STUNDER
aus Gelnhausen

MAINZ 1985

aus dem Kontextualisierungs-Zentrum
der Medizinischen Fakultät Bonn

SCHULENDE AUSLÄNDISCHE KINDER
IN ASSANGIVIT
VON SOZIALMEDIZINISCH RELEVANTEN FAKTOREN

INAGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät Bonn

von
Dipl.-Medizin. Assistentin

Dekan: Professor Dr. J. Michaelis

1. Gutachter: Professor Dr. H.G. Schlack

2. Gutachter: Professor Dr. E. Straub

Tag der Promotion: 10.04.1985

1	1. Einleitung
2	2. Zielsetzung und Aufgabenstellung
3	3. Methodik
4	4. Ergebnisse
5	5. Diskussion
6	6. Zusammenfassung
7	7. Literaturverzeichnis
8	8. Anhang
9	9. Glossar
10	10. Index
11	11. Kurztabelle
12	12. Tabellen
13	13. Abbildungen
14	14. Diagramme
15	15. Formeln
16	16. Skizzen
17	17. Zeichnungen
18	18. Fotografien
19	19. Videos
20	20. Audios
21	21. Interviews
22	22. Fragebogen
23	23. Experteninterviews
24	24. Gruppendiskussionen
25	25. Beobachtungen
26	26. Experimente
27	27. Simulationen
28	28. Fallstudien
29	29. Fallbeispiele
30	30. Fallanalysen
31	31. Fallberichte
32	32. Fallstudien
33	33. Fallanalysen
34	34. Fallberichte
35	35. Fallstudien
36	36. Fallanalysen
37	37. Fallberichte
38	38. Fallstudien
39	39. Fallanalysen
40	40. Fallberichte
41	41. Fallstudien
42	42. Fallanalysen
43	43. Fallberichte
44	44. Fallstudien
45	45. Fallanalysen
46	46. Fallberichte
47	47. Fallstudien
48	48. Fallanalysen
49	49. Fallberichte
50	50. Fallstudien
51	51. Fallanalysen
52	52. Fallberichte
53	53. Fallstudien
54	54. Fallanalysen
55	55. Fallberichte
56	56. Fallstudien
57	57. Fallanalysen
58	58. Fallberichte
59	59. Fallstudien
60	60. Fallanalysen
61	61. Fallberichte
62	62. Fallstudien
63	63. Fallanalysen
64	64. Fallberichte
65	65. Fallstudien
66	66. Fallanalysen
67	67. Fallberichte
68	68. Fallstudien
69	69. Fallanalysen
70	70. Fallberichte
71	71. Fallstudien
72	72. Fallanalysen
73	73. Fallberichte
74	74. Fallstudien
75	75. Fallanalysen
76	76. Fallberichte
77	77. Fallstudien
78	78. Fallanalysen
79	79. Fallberichte
80	80. Fallstudien
81	81. Fallanalysen
82	82. Fallberichte
83	83. Fallstudien
84	84. Fallanalysen
85	85. Fallberichte
86	86. Fallstudien
87	87. Fallanalysen
88	88. Fallberichte
89	89. Fallstudien
90	90. Fallanalysen
91	91. Fallberichte
92	92. Fallstudien
93	93. Fallanalysen
94	94. Fallberichte
95	95. Fallstudien
96	96. Fallanalysen
97	97. Fallberichte
98	98. Fallstudien
99	99. Fallanalysen
100	100. Fallberichte

für Wolfgang und Dominik

<u>INHALTSVERZEICHNIS</u>	Seite
1. EINLEITUNG	6
2. METHODIK	10
2.1 Auswahlkriterien und Zusammensetzung des Probandenkollektivs	10
2.2 Auswahl und Zusammensetzung des Unter- suchungsmaterials und der Verfahren	12
2.3 Auswertung der Untersuchungsergebnisse	15
3. ERGEBNISSE	20
3.1 Ergebnisse der Kinder- und Elternfragebogen	20
3.1.1 Ergebnisse des medizinischen Fragebogens	20
3.1.2 Ergebnisse des Kinderfragebogens und des psychologisch-soziologischen Fragebogens	20
3.1.2.1 Soziologische Daten	28
3.1.2.2 Beziehung zur Schule und intrafamiliäres Verhalten	34
3.2 Ergebnisse des Leistungspotentials und der schulischen Leistung	40
3.2.1 Ergebnisse des Raven Matrizen Intelligenztest	40
3.2.2 Ergebnisse des Körperkoordinationstest	42
3.2.3 Ergebnisse der Zeugnisnoten und der Lehrerbeurteilungen	44
3.3 Beziehungen zwischen Risikofaktoren, Leistungs- potential, Verhaltensauffälligkeiten und Schul- erfolg	48
4. DISKUSSION	52
4.1 Auswirkung der medizinischen Risikofaktoren auf den Schulerfolg	52

	Seite
4.2 Wechselwirkung zwischen Verhaltensauffälligkeiten und Schulerfolg	55
4.3 Auswirkung der sozialen Risikofaktoren auf den Schulerfolg	57
4.4 Auswirkung spezieller schulischer Faktoren auf den Schulerfolg	61
4.5 Schulerfolg ausländischer Kinder in Bonn	64
4.6 Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der schulischen Situation von Ausländerkindern	65
4.7 Vergleich der spezifischen Probleme von ausländischen und deutschen Kindern	67
4.8 Zusammenfassung	69
5. ZUSAMMENFASSUNG	70
6. ANHANG	73
7. LITERATURVERZEICHNIS	97

1. EINLEITUNG

Seit vielen Jahren leben ausländische Arbeitnehmer mit ihren Kindern in Deutschland. Durch den verstärkten Geburtenrückgang bei deutschen Kindern und die vermehrte Zusammenführung der ausländischen Familien wurde mit jedem Jahr der Anteil ausländischer Schüler in deutschen Schulklassen größer, und die sich dabei ergebenden Fragen der Integration und des schulischen Erfolgs wurden Gegenstand von Untersuchungen (GROß 1969; HOHMANN 1971; GERSTENMEIER 1974; MEHRLÄNDER 1974; SCHRADER 1976; BOOS-NÜNNING 1976).

Dabei wurde festgestellt, daß der Schulerfolg der Gastarbeiterkinder relativ gering ist, was sich im kaum wahrgenommenen Besuch des Gymnasiums oder der Realschule und in dem im Verhältnis zu deutschen Kindern weniger erfolgreichen Abschluß der Hauptschule ausdrückt (Sozialbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, 1980).

Drei Aussagen von HURST 1973, AKPINAR 1979 und MÜLLER 1971, stellvertretend für viele andere, kennzeichnen die vorherrschende Meinung über die Situation von Ausländerkindern:

"Wenn wir uns die psychische Situation des fremden Kindes veranschaulichen - die Forderungen zweier Kulturen und Gesellschaften, denen es ausgesetzt ist, die wenig ermutigende Stellung, in die es häufig gedrängt wird, seine Bedürfnisse des Dazugehörens, seine Identifikationen, durch die es in Konflikte und Ängste geraten kann, die Beschränkung seiner Ausdrucksmöglichkeiten - wird deutlich, wie sehr es auf eine stabile, funktions-tüchtige Ich-Struktur angewiesen ist. Gerade der Aufbau dieses Ichs als Steuerungs- und Integrationsorgan scheint aber durch die äußeren Lebensumstände immer

wieder besonders gefährdet (HURST 1973)."

"Sie werden mit widersprüchlichen, soziokulturell bedingten Strukturmerkmalen konfrontiert, die zwischen Familie und Schule bestehen und derart gravierend sind, daß von ihnen eigentlich verlangt wird, gegensätzliche einander oft ausschließende Verhaltensanforderungen miteinander in Einklang zu bringen (AKPINAR 1979)."

"Eine weitere Komponente der sozialen Lage der Gastarbeiterkinder sind Einstellungen und Verhalten ihrer Umwelt. Gastarbeiterkinder leiden besonders unter Vorurteilen. Das tendentiell "kinderfeindliche" Klima unserer Großstädte wirkt sich besonders stark auf Gastarbeiterkinder aus. Sie werden isoliert und isolieren sich. Oft haben sie keine deutschen Freunde und Spielkameraden. Nachbarfamilien meiden sie. Sie verstehen auch die Abwehr in Mimik und Gestik. So kann man die soziale Lage der Kinder mit einer Gettosituation bezeichnen, die nicht dadurch besser wird, daß es sich um ein offenes und differenziertes Getto handelt (MÜLLER 1971)."

Die vorliegende Arbeit will an konkreten Beispielen schulische Leistungen von Ausländerkindern untersuchen und darlegen, ob das Klischee des mangelnden Schulerfolgs auf den Einzelnen bezogen seine Berechtigung hat.

Es soll dargestellt werden, welche unterschiedlichen medizinischen und sozialen Bedingungen zwischen ausländischen und deutschen Kindern bestehen, und wie diese beiden Bedingungen zusammengekommen sich auf das schulische Geschehen auswirken.

Von folgenden Überlegungen wird ausgegangen:

1. Ausländerkinder besitzen eine höhere Krankheitsrate und erleben einen längeren und häufigeren Krankenhausaufenthalt als deutsche Kinder.

COLLATZ berichtet in seiner Untersuchung 1977, daß

"ausländische Kinder häufiger wegen Durchfallerkrankungen und Infektionskrankheiten behandelt wurden und schwere Unfälle davontrugen wie deutsche Kinder. Außerdem zeigten sie eine längere Krankenhausverweildauer".

2. Ausländerkinder werden nur selten oder nie im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen einem Pädiater vorgestellt.
SCHMIDT stellt in seiner Studie 1976 fest, daß "an der U3 85% deutsche Kinder und nur 62% ausländische Kinder teilnahmen, an der U5 waren es noch 56% deutsche und 33% ausländische Kinder, wobei die türkischen Mädchen und Jungen am wenigsten zu den Früherkennungsuntersuchungen gebracht wurden".
3. Ausländische Mütter nehmen seltener die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen in Anspruch als deutsche Mütter. In der Untersuchung von SCHMIDT 1973 nahmen nur 52% der ausländischen Mütter mehr als 3 mal an der Schwangerenvorsorge teil gegenüber 73% der deutschen Mütter.
4. Ausländerkinder sind psychisch auffälliger als deutsche Kinder.
In ihrer Studie führt GÄRTNER-HARNACH 1975 aus, daß "ausländische Kinder sowohl in der Häufigkeit als auch in der durchschnittlichen Schwere von Verhaltensstörungen stärker belastet sind als deutsche Kinder".
5. Ausländerkinder leben unter stärker eingegengten und schlechteren Wohnverhältnissen als deutsche Kinder.
"Namentlich in den Ballungsgebieten und vor allem innerhalb der Großstädte konzentriert sich die ausländische Bevölkerung auf wenige gettohaftete Wohngebiete mit meist erheblich sanierungsbedürftigen Altbauten und nur "dünner" deutscher Nachbarschaft".

(Memorandum des Ausländerbeauftragten der Bundesregierung 1979)

6. Ausländerkinder haben es aufgrund sprachlicher Defizite schwerer, in der Schule dem Unterricht zu folgen.

SCHRADER merkt in seiner Untersuchung 1976 an:

"Neben den Sprachbarrieren, die sich durch Interferenzerscheinungen jeder Art, einen geringen deutschen Wortschatz, eine lautliche Verzerrung des Sprachmaterials und dergleichen ergeben, spielt auch der Code, den das Kind beherrscht, eine wichtige Rolle und führt zu ähnlichen Problemen, wie sie beispielsweise bei deutschen Unterschichtkindern auftreten, die in der Schule als Mittelschichtinstitution erhebliche Lernschwierigkeiten haben".

Ausgehend von diesen sechs Thesen soll weiterhin untersucht werden, ob die angesprochenen Probleme ausländer-spezifisch sind oder auch bei deutschen Kindern aus entsprechender Sozialschicht gefunden werden können.

2. METHODIK

2.1 Auswahlkriterien und Zusammensetzung des Probandenkollektivs

Die vorliegende Untersuchung wurde 1980 an sechs Bonner Grundschulen im 2. Schulhalbjahr 1979/80 durchgeführt. Das Stadtgebiet Bonn, ohne die Stadtteile Beuel, Bad Godesberg und Hardtberg, umfasst 24 Grundschulen mit einem Gesamtausländeranteil von damals 11,2% (Bericht über die Betreuung der ausländischen Kinder und Jugendlichen in den Bonner Schulen, 1981).

An zehn Schulen waren nur sehr wenig oder keine Ausländerkinder vorhanden, drei Schulen lehnten eine Teilnahme aufgrund zu großer Belastung der Kinder und Lehrer wegen erst kurz zuvor durchgeführter anderweitiger Untersuchungen ab, und fünf Schulen waren zuweit vom Untersuchungs-ort, dem Kinderneurologischen Zentrum in Bonn-Tannenbusch, entfernt. An den verbliebenen sechs Grundschulen in Stadtteilen mit einem Gesamtausländeranteil von ca. 15% (Stadtbezirke Bonn Gesamtausländeranteil 8%) wurden jeweils die dritten und vierten Regelklassen als Ausgangspunkt für diese Untersuchung gewählt.

Folgende Gründe sprechen für die Auswahl gerade dieser Jahrgangsklassen:

1. In der Regelklasse der deutschen Grundschule ist im Gegensatz zu rein ausländischen Vorbereitungsklassen ein Vergleich zwischen ausländischen und deutschen Schülern möglich.
2. Im Gegensatz zum ersten und zweiten Grundschuljahr ist ein Leistungsvergleich in Form von Zensuren möglich.

Nach dem Einverständnis von Schulleitern und Lehrern und mit Einwilligung des Kultusministeriums von Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf wurden 40 ausländische Eltern

schriftlich in der jeweiligen Landessprache um Teilnahme an dieser Studie gebeten. Es wurden ausdrücklich nur diejenigen ausländischen Eltern angesprochen, die aus den Hauptanwerbeländern wegen finanzieller bzw. wirtschaftlicher Gesichtspunkte nach Deutschland gekommen waren und damit einen annähernd repräsentativen Ausschnitt aus der Gesamtmenge der Gastarbeiter darstellten. Von den vierzig Eltern erklärten sich 23 Kind-Elternpaare zur Mitarbeit bereit. (s. Tabelle 1)

Tabelle 1: Verteilung der Kinder nach Nationalität, Geschlecht, Grundschuljahr und Alter

Nationalität	Geschlecht	Grundschuljahr		Alter		
		3.	4.	8J.	9J.	10J.
Italien	W	-	3	-	-	3
	M	4	-	-	3	1
Spanien	W	4	1	1	3	1
	M	-	1	-	-	1
Türkei	W	3	2	-	1	4
	M	1	-	-	1	-
Portugal	W	-	-	-	-	-
	M	-	2	-	-	2
arabischer Raum	W	1	1	-	-	2
	M	-	-	-	-	-
Ausländer gesamt	W	8	7	1	4	10
	M	5	3	-	4	4
Deutsche	W	8	7	-	10	5
	M	5	3	1	2	5

Ein chilenisches Mädchen wurde Spanien zugerechnet; unter dem Oberbegriff arabischer Raum wurden Kinder aus Marokko und Jordanien zusammengefaßt.

Das Durchschnittsalter sowohl für ausländische als auch deutsche Kinder betrug genau 10,0 Jahre.

Diese oben dargestellte Nationalitätenverteilung entsprach etwa auch dem statistischen Ausländeranteil in Bonn, in dem die Türken, Spanier und Italiener, und zwar sowohl die Kinder als auch die Erwachsenen, am stärksten vertreten waren. Die Länder Griechenland und Jugoslawien konnten leider keine Berücksichtigung finden, da sie an den teilnehmenden Schulen nicht vertreten waren.

Jedem ausländischen Kind wurde zur Bildung einer Kontrollgruppe ein deutsches gegenübergestellt, das von den Lehrern nach folgenden Kriterien ausgewählt wurde:

1. Gleiches Geschlecht
2. Gleiche Altersstufe
3. Gleicher oder ähnlicher Leistungsstand in der Schule
4. Gleiche Schul- bzw. Jahrgangsklasse
5. Vergleichbarer (ähnlicher) sozialer Hintergrund, soweit von den Lehrern beurteilbar

Damit sollte eine größtmögliche Homogenität der Ziel- (Ausländer) und Kontrollgruppe (Deutsche) erreicht werden.

Auch die deutschen Eltern wurden schriftlich um Einwilligung zur Teilnahme an dieser Untersuchung gebeten.

Um einen persönlichen Eindruck von Lebensstil und den -umständen zu erhalten, unter denen die Familien leben, wurde bei jedem Kind ein Hausbesuch durchgeführt.

2.2 Auswahl und Zusammensetzung des Untersuchungsmaterials und der Verfahren

Das gesamte Untersuchungsmaterial gliederte sich in drei Bereiche:

1. Fragebögen für Kinder und Eltern

In diesen Fragebögen, die a) in einen Teil für Kinder (Anhang S. 74), b) einen medizinischen (Anhang S. 78) und c) einen psychologisch-soziologischen Teil (Anhang S. 86) für Mütter bzw. Eltern unterteilt sind, wurden folgende Bereiche erfragt:

- a) Geschwisterstellung, häusliche Verhältnisse, Schule, Lügenitem, Interessen und Freizeit,
- b) Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit, frühkindliche Entwicklung, Sauberkeitserziehung, Krankheiten und Impfungen, Krankenhausaufenthalt, Krankheiten in der Familie, Arztverhalten,
- c) häusliche Verhältnisse, bedeutsame Ereignisse, Schule, Erziehung, familiäre Einflüsse, Verhaltensauffälligkeiten, ausländerspezifische Fragen.

Das Elterninterview wurde in die jeweilige Landessprache übersetzt, um mögliche Verständigungsschwierigkeiten auszuschließen.

Als Grundlage dieser standardisierten Erhebungsbögen dienten der Diagnostische Elternfragebogen von DEHMELT, KUHNERT und ZINN, der Fragebogen für Verhaltensstörungen von SCHMIDTCHEN, ONDORZA und DAHME und der Fragebogen zur Vorgeschichte des Kindes, der im Kinderneurologischen Zentrum Bonn Verwendung findet.

Mit der Erfragung medizinischer und psychologisch-sozialer Hintergründe sollte aufgezeigt werden, welche Verschiedenheiten in diesen Bereichen zwischen den Ausländerkindern mit ihren Eltern und den deutschen Kindern und ihren Eltern bestehen, und wie sehr diese den schulischen Erfolg beeinflussen.

2. Testverfahren zur Untersuchung von Intelligenz und Körperkoordination

Um einen Überblick über die allgemeine analytische Fähigkeit (general ability) zu erhalten, wurde der sprachfreie und kulturfaire Raven Matrizen Intelligenztest (CPM) ausgewählt.

In diesem Testverfahren werden die drei Merkmale optisches Zuordnen einfacher Oberflächenmerkmale, wahrnehmungsmäßige Schließung kontinuierlicher und diskreter symmetrischer Figuren und elementare Merkmalsanalyse und Erkennung einfacher Regelmäßigkeiten erfragt.

Einer Benachteiligung der Ausländerkinder sollte durch den Verzicht auf Sprache und Nichtberücksichtigung des Kulturkreises entgegengewirkt werden.

Das zweite Testverfahren, der Körperkoordinationstest von KIPHARD und SCHILLING (KTK), wurde eingesetzt, um nicht nur eine Aussage über die geistige Fähigkeit wie im CPM zu erhalten, sondern auch über die Körperbeherrschung als Ausdruck eines im weitesten Sinne mehr praktisch anwendbaren Verhaltens, zumal Ergebnisse dieses Tests auch Rückschlüsse auf frühkindlich hirngeschädigte Kinder ermöglichen.

Der KTK als rein motometrisches Testverfahren besteht aus den vier Übungen Rückwärtsbalancieren, monopedaless Überhüpfen, seitliches Hin- und Herspringen, seitliches Umsetzen.

Mit beiden Testverfahren sollte sowohl von der Ziel- als auch von der Kontrollgruppe das Leistungspotential ermittelt werden, um erstens eine für alle auf die gleiche Art und Weise ermittelte Basis des geistigen und körperlichen Leistungsvermögens zu erhalten und zweitens zu ersehen, inwieweit dieses mit dem Schulerfolg korreliert.

3. Beurteilungsbogen der Lehrer und Zeugnisse

Die Zeugnisnoten des 1. Schulhalbjahres 1979/80 wurden ermittelt und schriftlich festgehalten. Folgende Fächer wurden in die Wertung mit einbezogen: Mündlicher Sprachgebrauch, Lesen, Rechtschreiben, Sachunterricht, Mathematik, Musik, Kunst/Textilgestaltung; für das 4. Schuljahr zusätzlich schriftlicher Sprachgebrauch. Die Noten für Sport und Religion wurden nicht gewertet.

Im Lehrerbeurteilungsbogen (Anhang S. 94), der für jedes Kind erstellt wurde (mit Ausnahme von vier Schülern, deren Lehrerin es aus Prinzip abgelehnt hatte, die Fragen zu beantworten), wurden die Bereiche schulische Leistungen und Kenntnisse, Arbeitshaltung in der Schule, Beziehung zu den Eltern, Persönlichkeitsmerkmale und gesundheitliche Probleme erfragt.

Dieser Fragenkatalog, der die gekürzte Form eines standardisierten Fragebogens von MALHOTRA (1975) darstellt, sollte zusammen mit dem Zeugnis eine Beurteilung der schulischen Fähigkeiten ermöglichen und außerdem zeigen, ob und in welchen Punkten ausländische Schüler gegenüber deutschen unterschiedlich eingeschätzt werden, da sich dies in nicht geringem Maße auf den Schulerfolg auswirkt.

2.3 Auswertung der Untersuchungsergebnisse

Das gesamte Untersuchungsmaterial wurde manuell ausgewertet.

Die in den medizinischen und sozialen Erhebungsbogen erfaßten, sowohl vom medizinischen Standpunkt als auch von der sozialen Entwicklung her als pathologisch einzuschätzenden Befunde wurden als kumulative Risikofaktoren (nach dem Optimalitätsprinzip von PRECHTL 1967) zusammengefaßt.

Tabelle 2 zeigt 42 medizinische Risikofaktoren, Tabelle 3 17 soziale. Diese Zusammenfassung in Risikofaktoren ermöglicht eine vergleichende Betrachtung der wesentlichen Befunde sowohl von der Ziel- (Ausländerkinder) als auch Kontrollgruppe (deutsche Kinder) und läßt eine statistische Auswertung mittels eines parameterfreien Testverfahrens, dem MANN-WHITNEY Test, zu. Mit diesem Testverfahren wurden außerdem die Intelligenzquotienten, die KTK-Werte, der jeweilige Notendurchschnitt und die 19 Verhaltensauffälligkeiten, die in Tabelle 4 dargestellt sind und ein Indiz für mangelnde emotionale Bindung darstellen, ausgewertet. Zusätzlich wurde von den IQ-Werten und dem Notendurchschnitt der Korrelationsquotient berechnet. Die Lehrerbeurteilungen wurden mittels eines Rating-Verfahrens verglichen.

Die vor allem im Kinderfragebogen gestellten Fragen, die nicht in Risikofaktoren transformiert wurden, dienten der allgemeinen vergleichenden Information über schulisches und freizeitliches Verhalten der ausländischen und deutschen Kinder.

Für jedes Kind wurde das jeweilige Ergebnis der medizinischen und sozialen Risikofaktoren, des Intelligenzquotienten, des KTK-Werts, der Verhaltensauffälligkeiten und des Notendurchschnitts einem Oberbegriff -gut, mittel, schlecht - entsprechend ein bis drei Punkten zugeordnet, und die Ergebnisse aller Kinder einer Gruppe pro Item addiert.

Wie die Zuordnung zu den drei Oberbegriffen im einzelnen erfolgte, ist im Ergebnisteil S. 48 näher erläutert.

Tabelle 2: Medizinische Risikofaktoren

1. Fehlgeburt innerhalb des der Geburt dieses Kin-
2. Totgeburt des vorhergegangenen Jahres
3. Blutungen ex utero
4. drohender Abort
5. länger als 3 Monate dauernde Emesis
6. durch EPH=Gestose bedingte Beinödeme
7. Nikotinabusus
8. Alkoholabusus
9. behandlungsbedürftige Erkrankung
10. weniger als fünfmalige Vorsorge während der Gravidität
11. hypertone Blutdruckwerte
12. pathologischer Urinbefund
13. Operation
14. Bestrahlung bzw. Röntgen
15. Alter der Mutter unter 18 und über 40 Jahre bzw. mehr
als die 6. Gravidität
16. Geburt nicht im Krankenhaus
17. Geburt nicht am Termin (ohne Zeichen)
18. Geburtsdauer mehr als 18 Stunden
19. Preßwehen länger als 1 Stunde dauernd
20. Blasensprung mehr als 36 Stunden vor Geburt
21. Fruchtwasser mit pathologischer Veränderung
22. instrumenteller Eingriff
23. Nachgeburt auffällig
24. sonstige Auffälligkeiten peri- und postnatal
25. pathologische Geburtslage
26. Gewicht unter 2500 und über 4500 g
27. Länge unter 47 und über 55 cm
28. nicht sofort nach Geburt geschrien
29. Aussehen blass livide oder zyanotisch
30. Beatmung erforderlich
31. Wärmebettchen erforderlich
32. schlecht getrunken
33. nicht richtig geatmet

34. Hyperbilirubinämie
35. nicht gestillt
36. Laufen später als 18 Monate
37. Worte sprechen später als 15 Monate
38. mit 3-4 Jahren nicht sauber
39. Krankenhausaufenthalt notwendig
40. Eltern miteinander verwandt
41. beim Arzt nicht wenigstens einmal im Jahr
42. keine regelmäßige Vorsorge während der ersten zwei Lebensjahre

Tabelle 3: Soziale Risikofaktoren

1. Mutter nicht verheiratet
2. Wohnung in ausreichendem bis mangelhaftem Zustand (renovierungsbedürftiger Altbau)
3. kein eigenes Bad oder Toilette
4. Wohnung nicht beheizbar
5. Schlafen in Wohn- oder Elternschlafzimmer
6. kein eigenes Zimmer
7. kein eigenes Bett
8. Vater keine Schulbildung
9. Vater keine Berufsausbildung
10. Mutter keine Schulausbildung
11. Mutter keine Berufsausbildung
12. Mutter nachmittags bzw. ganztags beschäftigt
13. nicht in BRD geboren, bzw. seit weniger als 5 Jahren hier
14. wechselnde Bezugspersonen während des ersten Lebensjahres
15. zeitweilige mehrwöchige oder -monatige Trennung von Kind und Eltern
16. kein Besuch eines deutschen Kindergartens oder Schulkindergartens
17. zwei- oder mehrmaliger Schulwechsel

Tabelle 4: Verhaltensauffälligkeiten

1. Schwindeln
2. Einschlafstörungen
3. Kränklichkeit
4. Ermüdbarkeit
5. Einnässen
6. Kopfschmerzen
7. motorische Unruhe
8. verlangsamte Motorik
9. Initiativlosigkeit
10. Kontaktscheu
11. Wutanfälle
12. Streitlust
13. Diebereien
14. Ängste (Phobien)
15. allgemeine Herabgestimmtheit
16. Stimmungsschwankung
17. allgemeine Ängstlichkeit
18. Nägelkauen
19. Konzentrationsschwäche

Der Punkt situatives Schweigen wurde ausgeklammert, da mehrere Mütter nicht in der Lage waren, diese Frage (Frage 60, Anhang S. 92) zu beantworten.

3. ERGEBNISSE

3.1 Ergebnisse der Kinder und Elternfragebögen

3.1.1 Ergebnisse des medizinischen Fragebogens

Die Auswertung des medizinischen Fragebogens erbrachte folgendes Ergebnis:

- Schwangerschaft

Während der Schwangerschaft unterzogen sich sieben ausländische und vier deutsche Mütter nur selten oder nie einer Vorsorgeuntersuchung. Alle anderen nahmen in 1-2 monatigen Abständen daran teil. Drei Ausländerinnen und sechs Deutsche erfüllten folgende Kriterien einer Risikoschwangerschaft:

- Ausländerinnen:
- zwei vorausgegangene Fehlgeburten
 - Multipara über 40 Jahre und sechste Schwangerschaft
 - 6. Gravidität
- Deutsche:
- zwei vorausgegangene Totgeburten, Hyperemesis gravidarum und Beinödeme während der gesamten Schwangerschaft, vorzeitige Wehentätigkeit, Cerclage im 6. Monat
 - vorausgegangene Fehlgeburt und 7. Gravidität
 - Mehrgebärende über 40 Jahre (2 Mütter)
 - drohender Abort mit Blutungen im 5. Monat
 - Praeeklampsie

Sowohl über eine Emesis gravidarum während der ersten drei Schwangerschaftsmonate als auch über Beinödeme in den letzten drei Monaten klagten jeweils 1/3 aller Mütter. Ein während der gesamten Schwangerschaftsdauer beobachtetes Erbrechen bzw. Ödeme konnten bei vier bzw. fünf Müttern festgestellt werden.

Bei allen Deutschen war wenigstens einmal der Blutdruck gemessen worden, im Gegensatz zu nur 15 Ausländerinnen. Eine ausländische und zwei deutsche Mütter gaben hohen Blutdruck an, drei ausländische und sechs deutsche niedrigen.

Eine Urinkontrolle war bei fünf Deutschen und vier Ausländerinnen nicht erfolgt. Von vier deutschen Müttern war ein pathologischer Urinbefund erhoben worden.

Während der Schwangerschaft wurden folgende Medikamente eingenommen: Antiemetika, Antihypotonika, Spasmolytika, Eisen und Kalktabletten, Vitamin- und Calciumtabletten, Penicillin und Vitamin B-12-Spritzen.

Eine Deutsche mußte sich einer Cerclage im 6. Monat unterziehen, eine ausländische Mutter einer Cholecystektomie bei radiologisch gesicherter Cholecystolithiasis im 4. Monat nach rezidivierenden Koliken.

An durchgemachten Krankheiten wurden Asthma, Erkältung, Kopfschmerzen, Schwindelbeschwerden und Pyelonephritis angegeben.

Während der Gravidität haben eine ausländische und vier deutsche Mütter geraucht, je zwei ausländische und deutsche haben regelmäßig Alkohol zu sich genommen.

Bei einer Ausländerin waren erhöhte Blutzuckerwerte festgestellt worden, ihr Kind hatte aber postpartal keine Anzeichen von Übergewicht aufgewiesen.

- Geburt

Zu Hause entbunden hatten je drei türkische und italienische, zwei spanische und je eine portugiesische und arabische Mutter im Gegensatz zu keiner deutschen.

Es waren folgende Fälle von Risikogeburten aufgetreten:

Ausländerinnen: - Protrahierte Geburt mit Atem- und Ernährungsstörungen (2 Mütter)

- Nabelschnurumschlingung ohne klinische Zeichen einer Hypoxämie

- Übertragung von fünf Wochen, sofort postpartal nicht geschrien, Beatmung erforderlich, Auftreten von Ernährungsstörungen, Wärmebettchenbehandlung von vier Wochen
- Übertragung von 15 Tagen, protrahierte Geburt und Ernährungsstörungen, zu Hause entbunden
- Protrahierte Geburt, sofort postpartal nicht geschrien, Atemstörungen. Der Mutter war nicht bekannt, ob das Kind beatmet worden war oder nicht.
- Übertragung von 10 Tagen, grünes Fruchtwasser, Geburt zu Hause beendet mit Saugglocke

Deutsche:

- Protrahierte Geburt wegen Querlage, beendet mit Saugglocke
- Geburt ca. drei Wochen vor Termin mit Atem- und Ernährungsstörungen, Sonden- ernährung, sechswöchiger Krankenhausaufenthalt
- Pränatal dystrophes Kind am Termin, Praeeklampsie, Plazentainsuffizienz, grünes Fruchtwasser, Wärmebettchenbehandlung von vier Wochen
- Übertragung von 11 Tagen mit Zeichen von Waschfrauenhänden
- Übertragung von 3-4 Wochen, nachfolgende Abrasio wegen unvollständiger Plazentalösung
- Frühgeburt im 8. Monat, untergewichtig, Sturzgeburt mit Hypoxie, Beatmung erforderlich, sechswöchige Wärmebettchenbehandlung und Sondenernährung

Alle Mütter waren in der Lage, das Körpergewicht des Neugeborenen anzugeben, 11 ausländische und 5 deutsche Mütter wußten über die Körperlänge nicht zu berichten, den Schädelumfang konnten nur 10 deutsche und eine italienische Mutter, die einen Mütterpass besaßen, angeben. Zwei deutsche Kinder maßen bei der Geburt mehr als 55 cm.

Ein deutsches Mädchen trug durch die Geburt ein Kephalhämatom davon.

Drei Italienerinnen, eine Spanierin, eine Marokkanerin und eine Portugiesin stillten ihr Kind nicht, wie auch acht Deutsche. Die durchschnittliche Stillzeit betrug bei den deutschen Müttern zwei Monate, bei den ausländischen acht Monate, wobei die Türkinnen mit 1 1/2 bis 2 Jahren ihre Kinder am längsten mit der Brust ernährten.

- Frühkindliche Entwicklung

Die frühkindliche Entwicklung der hier untersuchten Kinder verlief altersentsprechend. Alle konnten bis zum Alter von 1 1/2 Jahren laufen, nur je ein italienisches und deutsches und drei türkische Kinder lagen mit dem Beginn der Sprachentwicklung geringfügig zurück.

Fünf deutsche, zwei türkische und ein spanisches Elternpaar begannen mit der Sauberkeitserziehung im Alter von 1 1/2 Jahren und später, alle anderen Eltern begannen schon früher. Je ein deutsches und türkisches sowie zwei spanische Kinder waren nachts erst mit Eintritt ins Schulalter trocken. Zwei italienische und je ein spanisches und deutsches Kind nässten zum Zeitpunkt der Untersuchung noch gelegentlich ein.

- Krankheiten und Impfungen

Hier zeigte sich, daß deutsche Kinder, insgesamt betrachtet, fast doppelt so häufig krank waren wie ausländische. Dreimal soviel deutsche Kinder waren an Röteln und Windpocken erkrankt, doppelt so viele an Ohrenleiden, Magen-

und Darmerkrankungen und Mumps und hatten Unfälle mit Schädeltraumen davongetragen. Ungefähr gleich häufig waren Masern, Erkältungskrankheiten, Hautausschläge, Scharlach, Keuchhusten und Pneumonie. An Tuberkulose, Asthma und Gelbsucht hatte keines der Kinder gelitten.

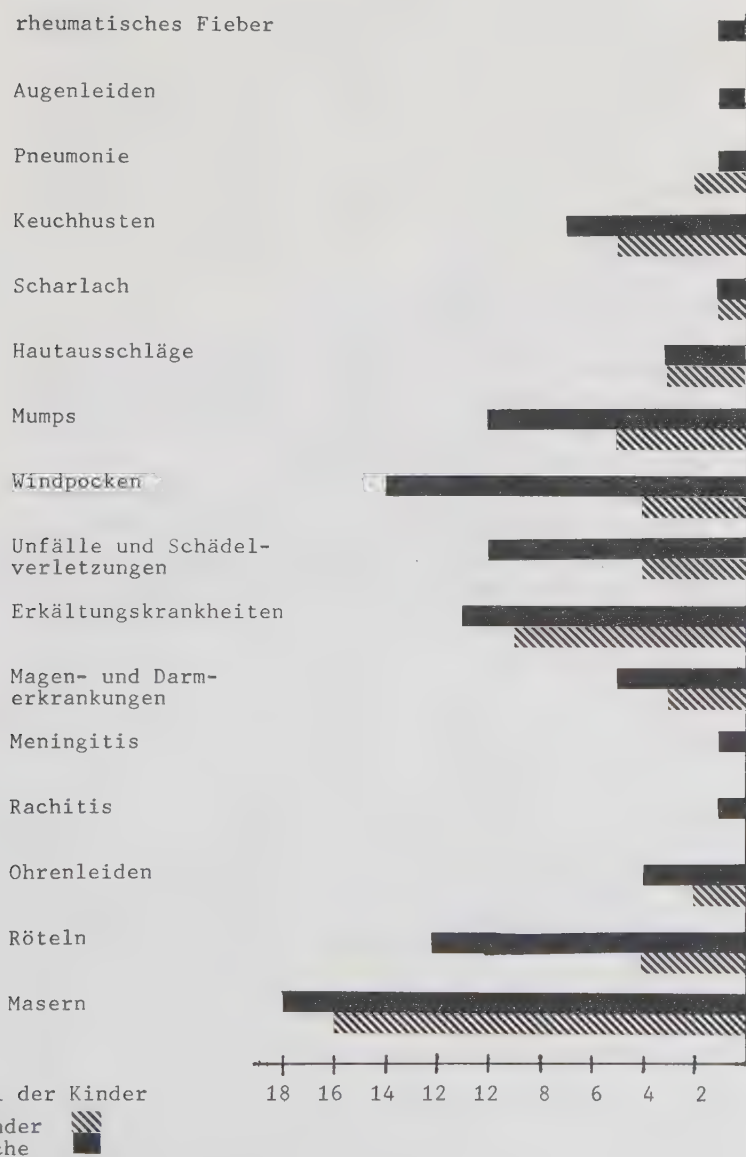
Die Frage, ob die ausländischen Kinder wirklich seltener krank waren, oder ob eine Krankheit weniger häufig diagnostiziert wurde, muß offen bleiben.

Eine stationäre Behandlung im Krankenhaus war bei 17 deutschen und 11 ausländischen Kindern erforderlich gewesen. Häufigste Ursachen waren Tonsillektomien und Unfälle.

Alle Kinder mit Ausnahme eines deutschen waren gegen Poliomyelitis geimpft, neun ausländische und fünfzehn deutsche gegen Tuberkulose, sechs ausländische und zwölf deutsche gegen Pertussis, vierzehn ausländische und sieben deutsche gegen Pocken, sechzehn ausländische und einundzwanzig deutsche gegen Tetanus, zehn ausländische und fünfzehn deutsche gegen Diphtherie, ein ausländisches Kind gegen Röteln und zwei deutsche gegen Masern.

Einen Gesamtüberblick über durchgemachte Krankheiten gibt Abbildung 1.

Abbildung 1: Absolute Häufigkeiten durchgemachter Krankheiten bei ausländischen und deutschen Kindern



- Vorsorge

In den ersten beiden Lebensjahren des Kindes suchten acht ausländische sowie fünfzehn deutsche Mütter alle 2 Monate den Arzt auf. Je fünf ausländische und deutsche Mütter besuchten ihn nur selten oder nie, zehn ausländische und drei deutsche gingen nur dann zum Arzt, als das Kind erkrankt war. Zum Zeitpunkt der Untersuchung gaben drei ausländische und zehn deutsche Mütter an, wenigstens einmal im Jahr mit ihrem Kind zum Arzt zu gehen, alle übrigen nur bei einer Erkrankung des Kindes.

- Zusammenfassende Auswertung

Die sich aus den medizinischen Fragebogen ergebenden Befunde wurden den medizinischen Risikofaktoren zugeordnet und im MANN-WHITNEY Test statistisch ausgewertet. Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Ziel- und Kontrollgruppe.

In Abbildung 2 ist die Verteilung der einzelnen Risikofaktoren bezogen auf die Gesamtzahl von Ausländer- und deutschen Kindern dargestellt, in Abbildung 3 die Häufigkeitsverteilung der Summen-Scores der Risikofaktoren.

Abbildung 2: Verteilung aller bei den insgesamt 46 Kindern gefundenen medizinischen Risikofaktoren

Ausländer	Risikofaktoren	Deutsche
•	1	•
	2	•
•	3	•
	4	••
•••	5	•
•	6	••••
•	7	••••
••	8	••
•••••	9	••••
•••••••	10	••••
•	11	••
	12	••••
•	13	•
•	14	•
••	15	•••
•••••••••	16	
••••	17	••••
•••••	18	•••
•	19	•••
••	20	
•	21	•
•	22	•
	23	••
••	24	••••
	25	•
•	26	••
•	27	••••
••	28	•
•••	29	
••	30	••
•	31	•••
••••	32	•
•••	33	•
	34	
•••••	35	••••••••
	36	
•••	37	•
•••••	38	•
••••••••••	39	••••••••••••••
••	40	
••••••••••••••	41	••••••••••
••••••••••••	42	•••

Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung der Summen-Scores der medizinischen Risikofaktoren

Ausländer	Summe der Risikofaktoren	Deutsche
•	1	•••
•	2	
•	3	•••••
••••	4	••••
••	5	•••
••••	6	•
••	7	•
••••	8	•••
•••	9	•
	10	
	11	
	12	••
•	13	

3.1.2 Ergebnisse des Kinder- und des psychologisch-soziologischen Fragebogens

Die Auswertung des Kinderfragebogens und des psychologisch-soziologischen Teils des Elternfragebogens zeigte folgendes Ergebnis (im folgenden werden die Ergebnisse beider Explorationen zusammengefasst, da in beiden Interviews soziales Umfeld erfragt wurde):

3.1.2.1 Soziologische Daten

- Aufenthaltsdauer und Familienzusammensetzung

Die Aufenthaltsdauer von 80% der ausländischen Familien betrug fünf und mehr Jahre in Deutschland; je zwei italienische Mütter und Väter, ein türkischer Vater und drei türkische Mütter lebten weniger als fünf Jahre in

der BRD. Besonders in den türkischen Familien kamen die Mütter später als die Väter nach Deutschland und die Kinder wiederum später als die Mütter.

Insgesamt gesehen lebten 70% der Ausländerkinder seit mehr als fünf Jahren in Deutschland, zwei spanische sowie italienische und das jordanische Kind waren hier geboren.

Je ein türkisches und spanisches Kind sowie drei deutsche waren Einzelkinder; in neun ausländischen und acht deutschen Familien gab es zwei Kinder, in fünf ausländischen und sechs deutschen Familien drei Kinder, in je vier ausländischen und deutschen Familien waren es vier Kinder und in drei ausländischen und zwei deutschen Familien waren es fünf und mehr Kinder.

Die Geschwisterstellung betreffend ergab sich folgendes Bild: Neun ausländische und zehn deutsche Kinder waren die jüngsten, sieben bzw. sechs die ältesten und fünf bzw. vier lagen in der Mitte.

Alle ausländischen Elternpaare waren verheiratet, ein marokkanischer Vater nach seiner Scheidung zum zweiten Mal. Eine deutsche Mutter war ledig, eine lebte von ihrem Mann getrennt und fünf waren geschieden, davon waren drei inzwischen wieder verheiratet.

- Wohnverhältnisse

Die Wohnverhältnisse der ausländischen Familien stellten sich im Durchschnitt mit 1,7 Personen pro Wohnraum gravierender dar als bei den deutschen mit 1,2 Personen pro Raum. Davon waren die türkischen Familien mit 2,25 Personen am stärksten betroffen. Auch besaßen drei Türkenfamilien kein eigenes Bad und keine eigene Toilette und mußten mit Kohleöfen heizen. Ihre Wohnungen befanden sich teilweise in einem desolaten baulichen Zustand mit feuchten Wänden, zugigen Fenstern und halb verfallenen Treppenhäusern, wie die Untersucherin im Rahmen der durchgeführten Hausbesuche feststellen konnte.

Vier türkische und je ein italienisches und deutsches Mädchen mußten ihr Bett mit einem ihrer Geschwister teilen. Ein eigenes Zimmer besaßen nur sieben deutsche und vier ausländische Kinder. Für die Ausländerfamilien war der Wohnraum so knapp, daß insgesamt sieben Kinder im Wohnzimmer schlafen mußten.

- Schul- und Berufsausbildung

Die Schul- und Berufsausbildung der Eltern betreffend, ergab sich folgendes Bild: Je ein marokkanisches und italienisches Ehepaar hatten keine Schule besucht und somit auch keinen Beruf erlernt. Alle anderen waren zur Schule gegangen, ausgenommen zwei Törkinnen, von denen eine wiederum trotzdem schreiben und lesen konnte. Von achtzehn deutschen Vätern hatten fünf keine Berufsausbildung absolviert. Von dreiundzwanzig ausländischen Vätern waren es siebzehn, die einen handwerklichen Beruf erlernt hatten. Ob allerdings auch in jedem Fall eine Abschlußprüfung abgelegt wurde, war nicht zu eruieren.

Alle deutschen Väter waren ganztags beschäftigt, von den ausländischen Vätern arbeiteten je die Hälfte in Wechselschicht bzw. tagsüber. Ein italienischer Vater war arbeitslos.

Von den ausländischen Müttern hatten vier den Beruf einer Schneiderin erlernt und eine den einer Handelsschullehrerin. Von den deutschen Müttern hatten elf einen Lehrberuf absolviert gegenüber zwölf Frauen ohne Berufsausbildung. Die Arbeitszeiten waren wie folgt verteilt: Fünf deutsche Mütter arbeiteten ganztägig, drei vormittags, eine nachmittags, vier stundenweise und drei abends bzw. nachts. Fünf Ausländerinnen arbeiteten ganztags, davon eine im Schichtdienst, je zwei vormittags bzw. nachmittags und vier stundenweise.

- Frühkindliche Betreuung

Während der ersten Lebensjahre waren zeitweise vier tür-

kische, je ein italienisches und deutsches und die beiden portugiesischen Kinder von ihren Eltern getrennt. Nach Wiederzusammenführung der Familien wurden teilweise Schwierigkeiten beobachtet wie Daumenlutschen, Aggressivität, Angstgefühle und Eßprobleme. Ein portugiesischer Junge, der bis zu seiner Einschulung mit sieben Jahren bei den Großeltern in Portugal gelebt hatte und von ihnen verwöhnt worden war, wollte lieber heute als morgen wieder zurückfahren, zumal er sich auch nicht gut mit seinem Vater verstand und eifersüchtig auf die acht Jahre jüngere Schwester war.

In einem Heim bzw. einer Kinderkrippe war keines der untersuchten Kinder untergebracht. Ein deutscher Junge lebte zwischen 1 1/2 und 3 Jahren ganztägig in einer Pflegefamilie. Ein deutsches Mädchen wurde im ersten Lebensjahr von der Großmutter betreut, ein deutscher Junge die ersten drei Lebensjahre, und zwei deutsche Mädchen (Cousinen) lebten ständig bei den Großeltern auch noch zum Zeitpunkt der Durchführung der Untersuchung.

- Kindergarten

Zwei deutsche und acht ausländische Kinder hatten keinen Kindergarten besucht. Zwei italienische Mädchen besuchten in ihrem Heimatland den Kindergarten. Acht ausländische und dreizehn deutsche Kinder waren ganztags im Kindergarten, sieben ausländische und acht deutsche nur morgens.

- Schule

Zwölf Ausländerkinder und vierzehn deutsche wurden mit 6 Jahren eingeschult, zehn Ausländerkinder und neun deutsche mit 7 Jahren. Alle türkischen Kinder hatten als Vorbereitung auf die deutsche Regelklasse eine türkische Vorbereitungsklasse besucht, alle anderen Ausländerkinder waren sofort in die deutsche Regelklasse eingeschult worden.

Die Schule mußten acht ausländische und vier deutsche Kin-

der einmal wechseln, zwei Ausländerkinder zweimal und ein deutsches Mädchen hatte schon mehrfach die Schule gewechselt.

Sechs ausländische und drei deutsche Kinder mußten eine Schulklasse wiederholen, ein spanisches Mädchen hatte das zweite Schuljahr übersprungen. Gründe der ausländischen Kinder für das Repetieren des Schuljahres waren dreimal Überwechseln von der Vorbereitungs- in die gleichstufige Regelklasse, einmal wegen halbjährigem Aufenthalt im Heimatland und zweimal wegen schlechter Leistungen.

Zwei spanische und die beiden arabischen Kinder nahmen nicht am heimatkundlichen Unterricht teil, alle anderen Ausländerkinder gingen einmal pro Woche hin.

- Zusammenfassende Auswertung

Die soziologischen Daten wurden den sozialen Risikofaktoren zugeordnet und im MANN-WHITNEY Test statistisch ausgewertet. Hier ergab sich eine signifikante ($p < 0,05$) Benachteiligung der ausländischen Familien.

In Abbildung 4 ist die Verteilung der einzelnen Risikofaktoren bezogen auf die Gesamtzahl von Ausländer- und deutschen Kindern dargestellt, in Abbildung 5 die Häufigkeitsverteilung der Summen-Scores der Risikofaktoren.

Abbildung 4: Verteilung aller bei den insgesamt 46 Kindern gefundenen sozialen Risikofaktoren

Ausländer	Risikofaktoren	Deutsche
	1	••••
••••	2	
•••	3	
	4	
••••••••	5	••
••••••••••••••	6	••••••••••••••••
•••••	7	•
••	8	
•••••	9	•••••••
••••	10	
••••••••••••••	11	••••••••••••
•••••••	12	••••••••••
•••••••	13	
	14	
•••••	15	••••
••••••••	16	••
••	17	•

Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der Summen-Scores der sozialen Risikofaktoren $p < 0,05$

Ausländer	Summe der Risikofaktoren	Deutsche
•	0	•
•	1	••••••••
••••••	2	••
•••	3	••••••••
••••	4	
••••	5	••
	6	••
•	7	
•	8	
•	9	
	10	
•	11	

3.1.2.2 Beziehung zur Schule und intrafamiliäres Verhalten

- Beziehung zur Schule

Neun ausländische und dreizehn deutsche Kinder besuchten nach eigenen Angaben gerne die Schule. Die anderen empfanden die Schule als langweilig oder als doof und lästig; einige verstanden sich nicht mit ihren Klassenkameraden oder mit dem Lehrer. Je fünf ausländische und deutsche Kinder mochten ihre Lehrer nicht besonders gern, weil sie häufiger schrien, schimpften, streng oder ungerecht wären oder viel Hausaufgaben aufgaben.

Zehn ausländische und neun deutsche Schüler erhielten Förderunterricht bzw. zu Hause Nachhilfeunterricht; vor allen Dingen im Fach Schreiben, teils auch in Lesen und Rechnen. Die Möglichkeit Hausaufgaben im Silentium zu erledigen hatten zwei bis dreimal pro Woche sechs italienische, zwei türkische und ein portugiesischer Schüler. Je ein türkischer und spanischer Junge besuchten einen Kinderhort, die übrigen erhielten Hilfe zu Hause von den älteren Geschwistern oder Müttern soweit möglich. Von den deutschen Kindern besuchten zwei einen Kinderhort, die anderen erhielten Hilfe überwiegend von der Mutter, selten auch dem Vater. Sechs ausländische und zehn deutsche Kinder bekamen selten oder nie Hilfestellung bei den Schulaufgaben. Die durchschnittlich benötigte Zeit lag bei einer halben bis einer Stunde. Drei ausländische und zwei deutsche Schüler benötigten eine bis zwei oder sogar mehrere Stunden. 2/3 aller Kinder erledigten die Hausaufgaben, sobald sie aus der Schule kamen, 1/3 erst spätnachmittags oder abends. Bevorzugter Ort für Schularbeiten waren Küche oder Wohnzimmer, falls sie nicht außerhalb des Hauses durchgeführt wurden, wie oben beschrieben.

25% aller Kinder berichteten zu Hause nichts von der Schule, 25% nur teilweise und die anderen 50% erzählten alle schulischen Neuigkeiten. Immerhin fragten von sich

aus nach schulischen Erlebnissen alle Mütter außer fünf ausländischen und zwei deutschen. Fünf ausländische und ein deutscher Schüler fühlten sich vor einer Klassenarbeit aufgeregt. 20% aller Kinder erzählten nicht, wenn eine Klassenarbeit bevorstand. Nur drei ausländische und ein deutsches Kind stellten keine Fragen während des Unterrichts, die anderen fragten entweder den Banknachbarn oder den Lehrer. Mit nur einer Ausnahme waren alle Kinder der Meinung, daß ihr Lehrer sich genügend Zeit und Geduld nahm ihnen etwas zu erklären, wenn sie es nicht verstanden hatten.

Bei den Lieblingsfächern rangierten an erster Stelle Sport, Mathematik, Kunst/Textilgestaltung und Lesen, bezogen auf die unbeliebten Fächer waren es Mathematik und Rechtschreiben.

Alle Väter und Mütter außer zwei ausländischen Elternpaaren besuchten wenigstens einmal im Schulhalbjahr im Rahmen des Elternsprechtages den Lehrer. Fünf ausländische und neun deutsche Mütter sprachen zuweilen zwischendurch mit dem Klassenlehrer. Den Elternversammlungen allerdings blieben die Hälfte aller Ausländereltern und 1/3 der deutschen Eltern fern. Angegebene Gründe waren Zeitmangel, Desinteresse und mangelnde Verständigungsmöglichkeiten.

Von Seiten der Lehrer wurde nur bei je zwei italienischen und deutschen und einem spanischen Schüler ein Hausbesuch durchgeführt.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß zwischen ausländischen Kindern und Eltern auf die Einstellung zur Schule bezogen keine grundsätzlichen Unterschiede erkennbar waren.

- Erziehungsverhalten

Bezüglich des Erziehungsverhaltens der Eltern konnte kein genereller Unterschied zwischen Ausländern und Deutschen beobachtet werden.

Nach deren Angaben bemühte sich der überwiegende Teil, mit den Kindern liebevoll bzw. ausgeglichen umzugehen. Sechs ausländische und zwei deutsche Väter beschäftigten sich nur wenig mit ihren Kindern, drei Väter hatten hin und wieder Meinungsverschiedenheiten mit ihnen. Von den Müttern gaben vier deutsche an, sie hätten manchmal Schwierigkeiten, mit ihren Kindern fertig zu werden.

In fünf ausländischen und sechs deutschen Familien erzogen beide Elternteile gemeinsam die Kinder. In fünfzehn ausländischen und dreizehn deutschen Familien lag die Erziehung hauptsächlich in mütterlichen Händen. Dabei wurden in neun bzw. acht Familien auftretende Schwierigkeiten gemeinsam besprochen, und in sechs bzw. fünf Familien kümmerte sich der Vater überhaupt nicht um die Erziehung der Kinder. Zwei italienische und ein türkischer Vater bestimmten die Richtlinien der Erziehung, was die Ehefrauen akzeptierten.

Als Bestrafungsmethoden wurden, den Angaben der Eltern zufolge, Ermahnungen bzw. Fernsehverbot angewandt, in vier ausländischen Familien waren es auch Schläge.

Mehr als die Hälfte aller Mütter nahm sich Zeit mit den Kindern zu spielen, die übrigen gaben zu ungefähr gleichen Teilen an, entweder keine Zeit zu haben, oder die Kinder würden lieber unter sich spielen. Ausländische und deutsche Kinder spielten während den Schulzeiten miteinander, außerhalb dieser Zeit war es nur 1/3, das mit den Kindern anderer Nationalitäten zusammentraf, alle anderen blieben lieber unter sich. Überhaupt spielten die meisten Kinder am liebsten draußen oder saßen vor dem Fernseher, nur insgesamt zwölf Kinder gaben Malen, Beschäftigung mit Puppen, Lesen oder Basteln an. Dominierend, nach Auskunft der Mütter, waren drei ausländische und acht deutsche Kinder, ein ausländisches Mädchen mußte für sich alleine spielen, weil die anderen es nicht duldeten.

Von den Eltern verwöhnt wurden nach eigenen Angaben ungefähr die Hälfte aller Kinder, ebenso war die Hälfte aller Kinder eifersüchtig zumeist auf ein gleichgeschlechtliches Geschwister.

Nur vier Ausländerkinder gegenüber elf deutschen gingen abends um 20 Uhr schlafen. Bezogen auf die Schlafenszeit von 22 Uhr war das Verhältnis umgekehrt, zehn ausländische gegenüber fünf deutschen, die übrigen Kinder gingen um 21 Uhr zu Bett.

Alle Kinder mit Ausnahme eines deutschen Mädchens halfen der Mutter im Haushalt. Auf jüngere Geschwister aufpassen mußten fünf ausländische und zwei deutsche Kinder.

- Verhaltensauffälligkeiten

Die Fragen 52 bis 70 des psychologisch-soziologischen und Frage 59 des medizinischen Elternfragebogens wurden als Verhaltensauffälligkeiten zusammengefasst. Im MANN-WHITNEY Test wurde das 5% Signifikanzniveau, mit dem ein schlechteres Abschneiden der deutschen Kinder im Verhältnis zu den ausländischen auch statistisch erkennbar gewesen wäre, nur knapp verfehlt.

Mit Ausnahme des Einnässens und von Kontaktscheu waren alle Positionen von deutschen Kindern stärker besetzt. Sie neigten eher zum Schwindeln, zu Wutanfällen und kleinen Diebereien, waren eher Stimmungsschwankungen unterworfen oder durchlebten Ängste und konnten sich schlechter konzentrieren; sie klagten häufiger über Einschlafstörungen und Ermüdbarkeit, waren motorisch unruhiger bzw. verlangsamt. Nägelkauen und allgemeine Ängstlichkeit waren in beiden Gruppen gleichstark vertreten.

Folgende spezielle Problematik wurde von drei ausländischen Müttern angegeben:

- "Vater hat zu wenig Zeit, sieht die Kinder kaum".
- "Das Kind ist sehr nervös, gehorcht nur sehr ungern".
- "Die Kinder zanken so viel."

Sieben deutsche Mütter gaben folgende Schwierigkeiten mit ihrem Kind an (von den acht untersuchten Jungen waren es alleine drei):

- "Aggressivität"
- "eigensinnig, will nicht so wie ich (die Mutter)"
- "normale Entwicklungsprobleme"
- "Einnässen und Schulschwierigkeiten"
- "große Eifersucht"
- "zehnjähriger Sohn schläft mit mir (der Mutter) zusammen in einem Bett"

Abbildung 6 zeigt die Verteilung der einzelnen Verhaltensauffälligkeiten bezogen auf die Gesamtzahl von Ausländer- und deutschen Kindern, Abbildung 7 die Häufigkeitsverteilung der Summen-Scores der Verhaltensauffälligkeiten.

Abbildung 6: Verteilung der bei den insgesamt 46 Kindern gefundenen Verhaltensauffälligkeiten

Ausländer	Verhaltensauffälligkeit	Deutsche
••••••••••••••••	1	••••••••••••••••
••••	2	••••••
••••	3	••••
••••••••••••••••	4	••••••••••••••••
•••	5	•
••••••••••	6	••••••••
••••••••••••••••	7	••••••••••••••••
••	8	•••••••
••••	9	••
••	10	•
••••••••••••••••	11	••••••••••••••••
••	12	••
••	13	•••••••
••••••••	14	•••••••••••
•	15	••••
	16	••••
•••••••••••	17	•••••••••••
••••••••	18	••••••
••••••••••••	19	••••••••••••••••

Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung der Summen-Scores der Verhaltensauffälligkeiten

Ausländer	Summe der Verhaltensauffälligkeiten	Deutsche
•••	1	
•	2	••
••	3	••
•••	4	•
•••	5	•••
••	6	•••
•••	7	••
••••	8	••••
••	9	•
	10	•••
	11	••

3.2 Ergebnisse des Leistungspotentials und der schulischen Leistung

3.2.1 Ergebnis des Raven Matrizen Intelligenztest (CPM)

Die Auswertung des CPM-Tests, aufgeschlüsselt in Werte mit einem IQ kleiner 90 entsprechend einer unterdurchschnittlichen Intelligenz, 90-110 entsprechend dem Normbereich und größer 110 entsprechend einer überdurchschnittlichen Intelligenz, zeigte folgendes Ergebnis: (s. Tabelle 5 und Abbildung 8)

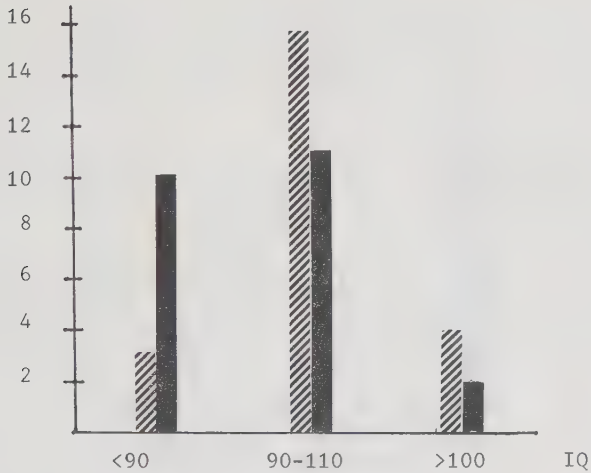
Tabelle 5: Absolute Häufigkeiten der IQ Werte bei ausländischen und deutschen Kindern

IQ	<90	90-110	>110
Italiener	2	4	1
Spanier	-	4	2
Türken	-	5	1
Portugiesen	-	2	-
Araber	1	1	-
Ausländer gesamt	3	16	4
Deutsche	10	11	2

numerische Darstellung

Abbildung 8: Absolute Häufigkeiten der IQ Werte bei deutschen und ausländischen Kindern

Anzahl der
Schüler



graphische Darstellung

Ausländer



Deutsche



Der Mittelwertvergleich erbrachte mit einem Durchschnitt von 101 Punkten für die Ausländerkinder einen um sechs Punkte höheren Intelligenzquotienten als für die deutschen Kinder mit 95 Punkten. Im MANN-WHITNEY Test ergab sich kein signifikant besseres Ergebnis für die ausländischen Schüler.

3.2.2 Ergebnis des Körperkoordinationstest (KTK)

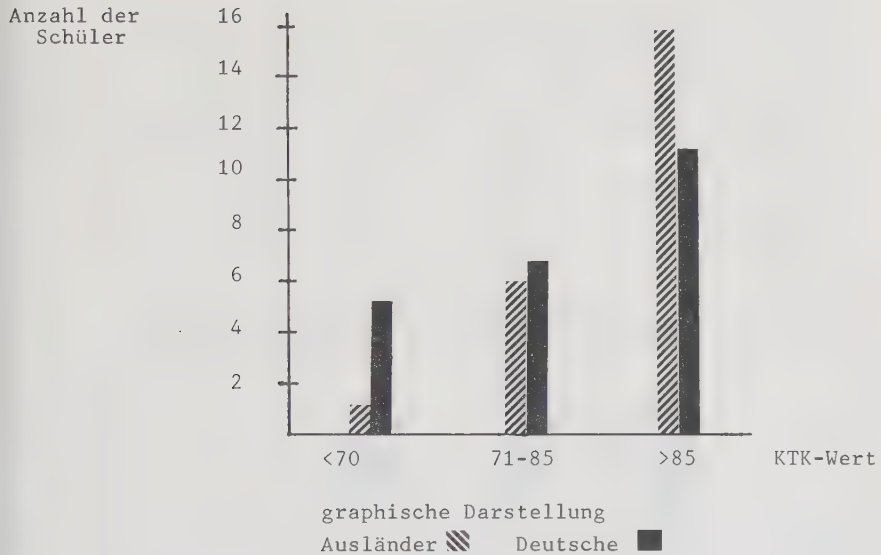
In der Auswertung des KTK, eingeteilt nach Punkten, entsprechen 70 Punkte einer gestörten Körperbeherrschung, 71-85 Punkte einer auffälligen Körperbeherrschung, und ein Ergebnis über 85 Punkte liegt im Normbereich. Der KTK zeigte folgendes Ergebnis: (s. Tabelle 6 und Abbildung 9)

Tabelle 6: Absolute Häufigkeiten der KTK-Werte bei ausländischen und deutschen Kindern

KTK-Wert	<70	71-85	>85
Italiener	1	3	3
Spanier	-	1	5
Türken	-	-	6
Portugiesen	-	1	1
Araber	-	1	1
Ausländer gesamt	1	6	16
Deutsche	5	7	11

numerische Darstellung

Abbildung 9: Absolute Häufigkeiten der KTK-Werte bei ausländischen und deutschen Kindern



Der Mittelwertvergleich erbrachte für die ausländischen Kinder mit einer Punktzahl von 91 einen um sieben Punkte höheren Wert als für die deutschen Kinder mit 84 Punkten. Im MANN-WHITNEY Test ergab sich kein signifikant besseres Ergebnis für die ausländischen Schüler.

3.2.3 Ergebnisse der Zeugnisnoten und der Lehrerbeurteilungen

- Zeugnisnoten

Im Mittelwertvergleich der Zeugnisnoten erzielten die ausländischen Schüler einen Durchschnittswert von 3,2 und lagen damit geringfügig unter dem Wert von 3,0 der deutschen Kinder. Im MANN-WHITNEY Test ergab sich kein signifikant schlechteres Ergebnis für die ausländischen Schüler.

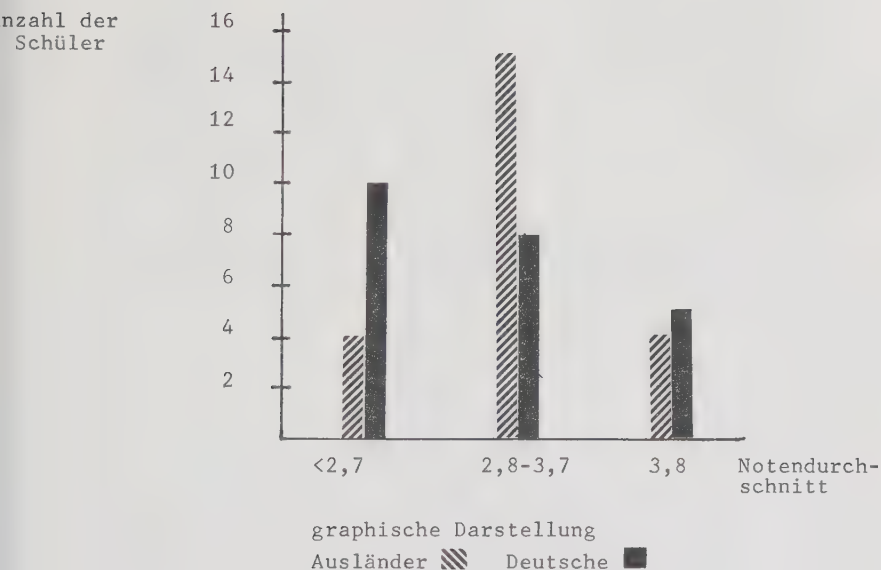
Tabelle 7 und Abbildung 10 zeigen die Anzahl der ausländischen und deutschen Schüler in den einzelnen Noten-
gruppen.

Tabelle 7: Absolute Häufigkeiten der Notendurchschnittswerte bei ausländischen und deutschen Kindern

Notendurchschnitt	<2,7	2,8 - 3,7	>3,8
Italiener	1	2	4
Spanier	2	4	-
Türken	-	6	-
Portugiesen	-	2	-
Araber	1	1	-
Ausländer gesamt	4	15	4
Deutsche	10	8	5

numerische Darstellung

Abbildung 10: Absolute Häufigkeiten der Notendurchschnittswerte bei ausländischen und deutschen Kindern



Hier zeigte sich bei drei deutschen Mädchen trotz unterdurchschnittlicher Intelligenz eine gute schulische Leistung im Gegensatz zu je einem spanischen und türkischen Mädchen mit überdurchschnittlichem Intelligenzquotienten und nur befriedigendem Notendurchschnitt.

Auffallend war, daß elf deutschen Schülern mit einem Notendurchschnitt höher als 3,0 nur vier ausländische Schüler gegenüberstanden, während bei dem glatten Durchschnitt von 3,0 das Verhältnis genau umgekehrt war: zwei

Deutsche zu sieben Ausländern.

Interessant auch, daß bei den deutschen Schülern der IQ-Wert mit dem Notendurchschnitt korrelierte ($r=0,62$), wohingegen bei den ausländischen Schülern IQ und Notendurchschnitt unabhängig voneinander streuten ($r=-0,06$).

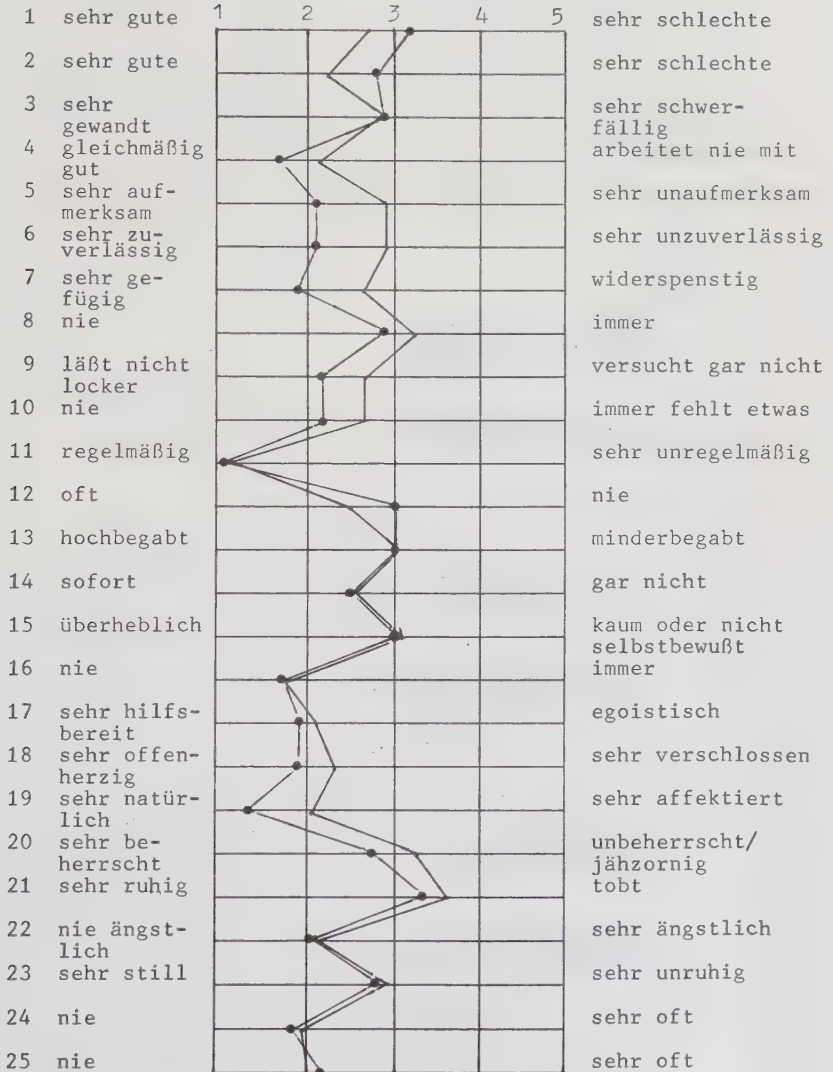
- Lehrerbeurteilungen

Im Mittelwertvergleich der Lehrerbeurteilungen - es wurde die Punktzahl pro Frage und Kind jeweils für die ausländischen und deutschen Schüler addiert und durch die Gesamtzahl dividiert - wurden die ausländischen Kinder mit einem Wert von 2,35 minimal besser als die deutschen Kinder beurteilt.

Abbildung 11 gibt den jeweiligen Mittelwert pro Frage von der Gesamtzahl der Ausländerkinder einerseits und der deutschen Kinder andererseits wieder.

Abbildung 11: Rating-Skala zur Lehrerbeurteilung

Frage



Ausländer
Deutsche —

3.3 Beziehungen zwischen Risikofaktoren, Leistungspotential, Verhaltensauffälligkeiten und Schulerfolg

Die Ergebnisse der Intelligenzquotienten, des Körperkoordinationstests, des Notendurchschnitts, der medizinischen und sozialen Risikofaktoren und der Verhaltensauffälligkeiten wurden folgendem Punktesystem zugeordnet und auf diese Weise gewichtet:

medizinische Risikofaktoren: (MR)

1 Punkt	=	niedrig	=	1-3 Risikofaktoren
2 Punkte	=	mittel	=	4-7 Risikofaktoren
3 Punkte	=	hoch	=	≥8 Risikofaktoren

soziale Risikofaktoren: (SR)

1 Punkt	=	niedrig	=	1-3 Risikofaktoren
2 Punkte	=	mittel	=	4-7 Risikofaktoren
3 Punkte	=	hoch	=	≥8 Risikofaktoren

Intelligenzquotient: (IQ)

1 Punkt	=	überdurchschnittlich	=	>110
2 Punkte	=	normal	=	90-110
3 Punkte	=	unterdurchschnittlich	=	< 90

Körperkoordinationstest: (KTK)

1 Punkt	=	normal	=	86-115
2 Punkte	=	auffällig	=	71- 85
3 Punkte	=	gestört	=	≤70

Verhaltensauffälligkeiten: (VA)

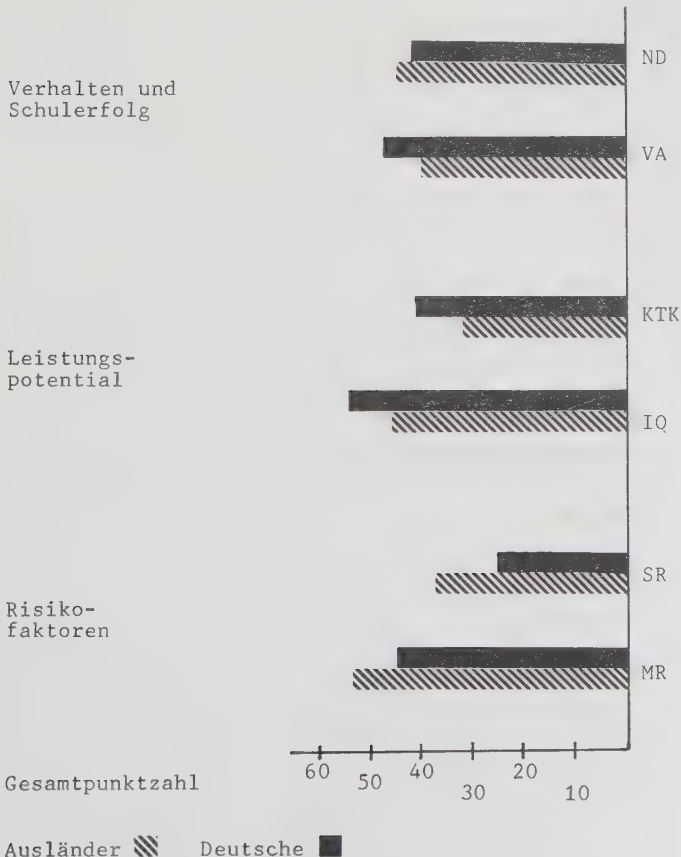
1 Punkt	=	niedrig	=	1-4 Verhaltensauffälligkeiten
2 Punkte	=	mittel	=	5-8 Verhaltensauffälligkeiten
3 Punkte	=	hoch	=	≥9 Verhaltensauffälligkeiten

Notendurchschnitt: (ND)

1 Punkt	=	gut	=	≤2,7
2 Punkte	=	befriedigend	=	2,8-3,7
3 Punkte	=	ausreichend	=	≥3,8

Jedem Kind wurde entsprechend seinen Werten eine Punktezah zugeordnet, und diese Punktezah jeweils sowohl von den Kindern der Ziel- als auch der Kontrollgruppe addiert. Daraus ergab sich folgende Abbildung 12.

Abbildung 12: Anzahl der Gesamtpunkte der medizinischen (MR) und sozialen (SR) Risikofaktoren, Intelligenzquotienten (IQ), Körperkoordinations-testwerte (KTK), Verhaltensauffälligkeiten (VA) und Notendurchschnitten (ND) der ausländischen und deutschen Kinder.



Daraus geht hervor, daß die hier untersuchten Ausländerkinder trotz schlechterer medizinischer und sozialer Ausgangsbedingungen in Intelligenz und Körperbeherrschung den deutschen Kindern überlegen waren und weniger Verhaltensauffälligkeiten zeigten, in der Notengebung aber vergleichsweise schlechter beurteilt wurden.

Schlüsselt man zusätzlich diese Ergebnisse nach den verschiedenen Nationen auf, so stellt man fest, daß die türkischen Kinder mit dem höchsten medizinischen und sozialen Risiko am wenigsten verhaltensauffällig waren, am besten im Körperkoordinationstest abschnitten und bezogen auf den Intelligenzquotienten und den Notendurchschnitt in der Mitte lagen. Die italienischen Kinder wiesen die niedrigsten Werte im KTK auf, hatten den schlechtesten Notendurchschnitt, lagen mit den medizinischen Risikofaktoren, dem IQ und den Verhaltensauffälligkeiten etwas unter dem Durchschnitt und nahmen mit der sozialen Risikorate einen Mittelplatz ein. Die spanischen Kinder hatten das niedrigste soziale Risiko von allen Nationen, den höchsten Intelligenzquotienten, die zweithöchsten KTK-Werte, waren überdurchschnittlich verhaltensauffällig und lagen mit dem Notendurchschnitt und der medizinischen Risikorate in der Mitte.

Eine zusammenfassende Übersicht zeigt Tabelle 8 (die nach oben stehendem Punktesystem ermittelten Werte wurden für die einzelnen Nationen addiert und durch die Anzahl der Kinder dividiert).

Tabelle 8: Mittelwerte der medizinischen (MR) und sozialen (SR) Risikofaktoren, Intelligenzquotienten (IQ), Körperkoordinationstestwerte (KTK), Verhaltensauffälligkeiten (VA) und Notendurchschnitten (ND) der ausländischen und deutschen Kinder

Nationalität	MR	SR	IQ	KTK	VA	ND
Italiener	6,1	3,7	97	82	5,6	3,6
Spanier	5,2	1,8	108	95	5,8	3,1
Türken	7,5	7,2	101	97	4,0	3,2
Portugiesen	7,5	3,0	105	93	7,0	3,0
Araber	4,0	3,5	88	89	4,5	3,0
Ausländer gesamt	6,1	3,8	101	95	5,4	3,2
Deutsche	5,2	2,5	95	84	6,7	3,0

4. DISKUSSION

Akkulturationsprobleme und ungenügende Sprachkenntnisse erschweren nach Meinung vieler Autoren, wie z.B. KOCH, BORRIS und HANSEN, Ausländerkindern das schulische Dasein.

In dieser Untersuchung, die den Einfluß medizinischer und sozialer Gegebenheiten auf Erfolg oder Mißerfolg in der Schule untersuchte, konnte festgestellt werden, daß ausländische Kinder eine nur wenig schlechtere Benotung in der Schule erhielten als deutsche Kinder, und daß sie von den Lehrern bezüglich des schulischen Verhaltens etwas besser beurteilt wurden als deutsche Kinder.

Stellt man nun eine vergleichende Betrachtung zwischen ausländischen und deutschen Kindern an, bezogen auf eben jene medizinischen und sozialen Gegebenheiten, so stellt sich folgender Sachverhalt dar:

4.1 Auswirkung der medizinischen Risikofaktoren auf den Schulerfolg

In dieser Untersuchung bestanden im medizinischen Bereich für die Ausländerkinder keine wesentlich schlechteren Ausgangsbedingungen als für deutsche Kinder.

Die Rate an Risikoschwangerschaften war bei deutschen Müttern doppelt so hoch wie bei ausländischen, die Rate an Risikogeburten annähernd gleich. An der Schwangerenvorsorge hatten 70% der ausländischen und 83% der deutschen Mütter teilgenommen, eine Anzahl, die um 18% bzw. 10% höher liegt, als bei der zum Vergleich herangezogenen Untersuchung von SCHMIDT 1973. In diesen 70% sind alle fünf Ausländerinnen, die in Deutschland entbunden hatten,

enthalten.

Die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen während der ersten beiden Lebensjahre des Kindes nahmen nur 35% der Ausländerinnen und 65% der Deutschen wahr, eine Quote, die in etwa den Zahlen der Teilnehmer an der U5 in der Studie von SCHMIDT 1976 entspricht. Es wurde keine Aufschlüsselung in die einzelnen Untersuchungstermine vorgenommen.

Die Krankheitsrate war bei deutschen Kindern doppelt so hoch wie bei ausländischen, ein stationärer Aufenthalt war bei 73% der deutschen und 48% der ausländischen Kinder erforderlich gewesen. Diese Ergebnisse stehen zu früheren Untersuchungen von HERTL (o.J.), COLLATZ 1977 und GRUBER 1980 im Widerspruch. Diese Autoren geben übereinstimmend an, daß Ausländerkinder vermehrt an Infektionskrankheiten und Durchfallerkrankungen litten und deswegen doppelt so häufig ins Krankenhaus eingewiesen wurden sowie ambulant und stationär wegen Unfällen behandelt wurden wie deutsche Kinder. In dieser Untersuchung wurden zwei ausländische Kinder wegen Durchfall stationär behandelt, eines von ihnen auch wegen Bronchitis, und drei Kinder wegen eines Unfalls. Von den deutschen Kindern wurden drei wegen Durchfall stationär behandelt, eines wegen eines Infekts, und zwölf Kinder wegen eines Unfalls, wobei drei von ihnen je zwei Unfälle erlitten hatten.

Die Stilldauer war bei ausländischen Müttern deutlich länger als bei deutschen, eine Tatsache, die besonders die türkischen Frauen betraf. Möglicherweise ist das langdauernde Stillen Ausdruck einer intensiven emotionalen Bindung innerhalb der Familie, die hilft, die gerade in den türkischen Familien beschriebenen Sprach- und Akkulturationsprobleme zu kompensieren.

Denn "der Stillvorgang als solcher stellt für die menschlichen Beziehungen zwischen Mutter und Kind ein soziales Phänomen 1. Ranges dar" (HELLBRÜGGE 1979). "Er gehört zur

Psychohygiene der frühen Mutter-Kind-Beziehung und gibt beiden Gelegenheiten des sich Kennen- und Liebenlernens über den Stillprozeß hinaus" (BIERMANN 1980).

Versucht man aus dem oben gesagten eine Verbindung mit Erfolg oder Mißerfolg in der Schule herzustellen, so erkennt man, daß einzelne negative oder positive Faktoren keine direkte Auswirkung auf den schulischen Bereich haben. Bemerkenswert war allerdings die Tatsache, daß ausländische Kinder mit hohem medizinischem Risiko insgesamt, im Gegensatz zu den deutschen Kindern, kaum schlechtere Schulleistungen aufwiesen.

So hatte zum Beispiel nur ein italienischer Junge von zehn ausländischen Kindern, die zu Hause geboren worden waren, bei durchschnittlicher Intelligenz und Körperkoordination einen Notendurchschnitt schlechter als 3,7. Bei diesem Jungen ließ sich anamnestisch eine Risikogeburt eruieren, seine Mutter hatte keine Schwangerschaftsvorsorge wahrgenommen, er war nicht gestillt worden, auch nach der Geburt waren keine Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt worden, und zum Zeitpunkt der Untersuchung nässte er erneut ein, was die Mutter in Zusammenhang mit einem Italienbesuch brachte. Alle übrigen zeigten sowohl durchschnittliche IQ und KTK-Werte, durchschnittliche bis gute Schulleistungen und wiesen eine niedrige Rate an Verhaltensauffälligkeiten auf.

Von den acht ausländischen Kindern mit hohem medizinischem Risiko waren zwei erheblich verhaltensauffällig, und ein Junge zeigte Auffälligkeiten in der Körperkoordination. Sie alle aber hatten einen durchschnittlichen bis guten Intelligenzquotienten und ebensolche schulischen Leistungen.

Von den sechs deutschen Jungen mit hohem medizinischem Risiko war ein Junge erheblich verhaltensauffällig, ein Junge unterdurchschnittlich sowohl von der Intelligenz

und dem Notendurchschnitt als auch von der Körperkoordination her, ein Mädchen zeigte Auffälligkeiten im KTK, ein zweites einen unterdurchschnittlichen IQ und ein drittes einen ausreichenden Notendurchschnitt. Nur ein Mädchen mit hohem biologischen Risiko zeigte bei durchschnittlicher Intelligenz und Körperkoordination einen guten Notendurchschnitt und keinerlei Verhaltensauffälligkeiten.

4.2 Wechselwirkung zwischen Verhaltensauffälligkeiten und Schulerfolg

In dieser Untersuchung zeigte sich eine niedrigere Rate an Verhaltensauffälligkeiten bei Ausländerkindern, wobei das 5% Signifikanzniveau nur knapp verfehlt wurde. Die beiden ausländischen Kinder mit der höchsten Punktzahl an psychischen Auffälligkeiten, ein türkischer Junge und ein italienisches Mädchen, wiesen außerdem ein hohes medizinisches Risiko auf, allerdings waren beide gute Schüler und erhielten eine gute Lehrerbeurteilung.

Auffallend in der Entwicklung des türkischen Jungen war eine fast einjährige Trennung im Alter von einem Jahr von Mutter und Vater, in deren Anschluß es zu Eßschwierigkeiten kam. Außerdem war von der Mutter über Eifersucht zu seinem Vetter in der Türkei berichtet worden. Bei der Durchführung des Hausbesuchs fiel der Untersucherin auf, daß die Wohnung genauso gut einer gutbürgerlichen deutschen Mittelschichtfamilie hätte gehören können. Auch die Kleidung wie das Verhalten der Eltern, die seit 10 Jahren in Deutschland lebten, waren völlig europäisiert. Sie waren stolz darauf, in Deutschland zu leben und zeigten auch keinerlei Interesse an einer Rückkehr in die Türkei. Dieser Junge erweckte während der Untersuchung den Ein-

druck, daß er es bedauerte, Türke zu sein; so lehnte er es ab, außerhalb des Türkischunterrichts seine Muttersprache zu sprechen. In diesem Jungen zeigte sich als einzigem sehr deutlich ein Identifikationskonflikt, der zu einer psychischen Auffälligkeit beitrug.

Das italienische Mädchen, deren Eltern beide keine Schule besucht hatten, zeigte eine auffällige Körperkoordination und schnitt im Intelligenztest überdurchschnittlich ab. Während der Unterhaltung mit ihr war ihr erwachsen und altklug wirkendes Verhalten auffallend. Erklären ließ sich das dadurch, daß sie Verantwortung trug, weil sie als älteste von drei Geschwistern die schwerkranke Mutter und den arbeitslosen Vater zu unterstützen hatte. Zudem war sie auf die mittlere Schwester eifersüchtig, während sie für die jüngere eine Art Mutterrolle übernommen hatte. Dieses Mädchen stand im Konflikt zwischen Erwachsen- und Kindsein, zwei Rollen, denen es nicht gewachsen sein konnte, zumal es in der patriarchalisch ausgerichteten ("mein Mann bestimmt die Erziehung, und ich richte mich danach") und verständlicherweise depressiv wirkenden Mutter kein Vorbild fand.

Die sechs deutschen Kinder mit einer hohen Rate an Verhaltensauffälligkeiten, drei Jungen und drei Mädchen, waren alle gute bis befriedigende Schüler und wurden entsprechend diesen Leistungen auch vom Lehrer beurteilt. Vier von ihnen waren nach Angaben der Mutter eifersüchtig auf ein jüngeres Geschwister. Bei den drei Mädchen war vordergründig keine Problematik erkennbar, welche ihre Verhaltensauffälligkeit erklärt hätte. Ein Junge, der als einziger von seinem Vater zu dieser Untersuchung begleitet wurde, wurde von diesem mit ironischen und teilweise abwertenden Bemerkungen bedacht. Bei den beiden anderen zeigten sich massive familiäre bzw. schulische Probleme, die in einem Fall bereits zu einer psychologischen Behandlung geführt hatten.

Errechnet man von jeder Nationalität den Mittelwert der Verhaltensauffälligkeitsskizzen, so erscheinen die türkischen Kinder am wenigsten und die deutschen Kinder am meisten psychisch belastet. Dies steht im Widerspruch zur Untersuchung von GÄRTNER-HARNACH 1975, die über eine Lehrerbefragung die deutschen Schüler als am häufigsten symptomfrei ermittelte. SCHMIDTKE stellt 1978 "eine deutliche Erhöhung der Angstbelastung und Beeinträchtigung des Konzentrations- und Durchhaltevermögens bei den ausländischen Schülern fest, wobei bedingende und aufrechterhaltende Faktoren für Auffälligkeiten und Belastungen immer wieder zur Schule und den in ihr stattfindenden Prozessen zurückführen". Diese Untersuchung ließ mit Ausnahme eines deutschen Jungen keinen Zusammenhang zwischen schulischer Belastung und psychischer Auffälligkeit erkennen. Auch POUSTKA konnte 1984 "keine bedeutsamen Korrelationen zwischen schulischen Schwierigkeiten und psychiatrischen Störungen der Kinder zeigen. Es konnten keine Zusammenhänge mit sozioökonomischen und weiteren soziodemographischen Merkmalen der Familien und den individuellen Merkmalen der Kinder gefunden werden. Hingegen zeigten familiäre Merkmale - insbesondere in türkischen Familien familiäre und mütterliche Krankheitsbelastung, in italienischen Familien schwierige Partner- und Eltern-Kind-Beziehung - Zusammenhänge zur psychiatrischen Störung der Kinder".

4.3 Auswirkung der sozialen Risikofaktoren auf den Schulerfolg

In dieser Untersuchung zeigte sich eine signifikante Benachteiligung der ausländischen gegenüber den deutschen Kindern, bezogen auf die sozialen Risikofaktoren. Eine

für Ausländerkinder ungünstige Bedingung im sozialen Bereich ist vor allem - wie bei den Hausbesuchen ersichtlich - das Leben in teilweise menschenunwürdigen Wohnungen auf beengtem Raum. Dies traf besonders auf die türkischen Familien zu, wobei die Durchsetzung der größeren Wohnraumqualität sicherlich erschwert wird durch den Zwang der ausländischen Eltern für sich selbst oder die Angehörigen im Heimatland Geld zu sparen zur Schaffung einer Existenzgrundlage. Weitere Bedingungen sind die häufiger vorhandene geringere Schul- und Berufsausbildung der Eltern sowie verständlicherweise das Leben in und mit einer fremden Sprache, Kultur und teilweise auch Religion.

Ein Faktor, der sechs deutsche und kein einziges ausländisches Kind betraf, war der ledige oder geschiedene Familienstand der Mutter. Alle dieser Kinder zeigten in mindestens einem Bereich Auffälligkeiten. Entweder wiesen sie schlechte Leistungen im Intelligenz- oder Körperkoordinationstest oder in der Schule auf, oder sie besaßen eine hohe medizinische Risikorate. Sie alle aber waren in der mittleren Gruppe der Verhaltensauffälligkeiten zu finden. Diese Tatsache weist auf eine sich auflösende Familienstruktur in der Industriegesellschaft hin, womit "vor allem der Verlust der früher innerhalb des Familienbandes geleisteten Sicherheits- und Schutzfunktion und der sozialen Plazierungs- sowie der Sozialisationsfunktion" (BOOS-NÜNNING 1977) verbunden ist.

Die ausländischen Familien hingegen haben sich noch eher eine intakte Familienstruktur bewahrt, aus einer agrarischen Gesellschaft kommend mit einem "im allgemeinen festen paternalistischen System" (BECKER 1974). Diese intakte Familienstruktur, die besonders für die türkischen Familien kennzeichnend war, wurde von der Untersucherin bei den im Rahmen dieser Untersuchung durchgeführten Hausbesuchen als gastfreundliche und herzliche

Atmosphäre erlebt, die nicht nur ihr selbst entgegengebracht wurde, sondern sich auch im Umgang der einzelnen Familienmitglieder miteinander zeigte.

Zwei Faktoren, die einen positiven Einfluß auf den Schulerfolg ausübten, waren die Länge der Aufenthaltsdauer und die Inanspruchnahme des Kindergartenbesuchs. So lebten mit sechs Ausnahmen alle ausländischen Kinder seit mehr als 5 Jahren in Deutschland, bzw. waren hier geboren, und daher bestand schon ein lange andauernder Kontakt mit der deutschen Sprache, Umwelt und Kultur. Dieser Kontakt wurde im Kindergarten vertieft, den außer zweien, alle Kinder besucht hatten. Die hohe Inanspruchnahme des Kindergartenbesuchs steht im Widerspruch zu Untersuchungen sowohl von AKPINAR 1978 als auch von BECKER, die beide eine Quote von 30-50% angeben, wobei BECKER 1974 wiederum feststellt, daß "ausländische Kinder im Vergleich zu deutschen Kindern aus vergleichbarer Sozialschicht relativ entschieden mehr einen Kindergarten besuchen". Damit erfüllt der Kindergarten nicht nur die wichtige Funktion des frühen Kennenlernens und der Eingliederung in eine deutsche Gemeinschaft, sondern er vermittelt auch "soziale Erfahrungen im Sinne der sekundären Sozialisation, er leitet hin zu Rücksichtnahme, Hilfsbereitschaft und Toleranz, gleichzeitig aber auch wird die später notwendige Leistungsbereitschaft geweckt und vorbereitet " (PECHSTEIN 1979). Weiterhin fördert der Kindergarten das Erlernen und den Umgang mit der deutschen Sprache. Wie sich aus dieser Untersuchung ergab, wiesen nur sechs von dreiundzwanzig ausländischen Kindern ein so großes sprachliches Defizit auf, daß sie Schwierigkeiten hatten dem Unterricht zu folgen, und nur zwei von ihnen zeigten Verständnisschwierigkeiten während der Untersuchungssituation. Die Gesamtbeurteilung ihrer Schulleistung allerdings wurde davon nur kaum beeinflusst.

Drei türkische Mädchen wiesen das höchste soziale Risiko auf, bedingt zum einen durch desolate Wohnverhältnisse, zum anderen durch mehrmonatige Trennung von den Eltern und ganztägige oder nachmittägliche Arbeit der Mutter. Sie hatten auch nicht die Möglichkeit gehabt einen Kindergarten zu besuchen. Sie alle zeigten eine durchschnittliche bis gute Intelligenz und Körperkoordination und einen befriedigenden Notendurchschnitt.

Überhaupt fällt bei den türkischen Kindern auf, daß sie im Vergleich mit den anderen Nationalitäten zwar die höchste medizinische und soziale Risikorate besitzen, aber die niedrigste an psychischen Auffälligkeiten und mit ihrem Leistungspotential und dem Notendurchschnitt in der Mitte liegen.

Aus dieser Darstellung kann man vermuten, daß es für Ausländerkinder protektive Faktoren gibt, die ihnen helfen trotz ungünstiger Rahmenbedingungen ein befriedigendes bis gutes Leistungspotential auszubauen und davon ausgehend entsprechende Leistungen zu vollbringen. Diese protektiven Faktoren stehen wohl im Zusammenhang mit einer engen emotionalen Mutter-Kind-Bindung und einer familienzentrierten Atmosphäre. Sie haben eine seelische Ausgeglichenheit zur Folge, die sich auch in der niedrigeren Rate an Verhaltensauffälligkeiten niederschlägt und mit dazu beiträgt, das Leben in einer ungewohnten Umgebung mit Erfolg zu bestehen.

Welche Mechanismen im einzelnen eine Rolle bei der Ausbildung dieser protektiven Faktoren spielen - eine Beobachtung, die in ähnlicher Form 1981 von REMSCHMIDT und STEINHAUSEN gemacht wurde - ließ sich im Rahmen dieser Untersuchung nicht genau definieren.

4.4 Auswirkung spezieller schulischer Faktoren auf den Schulerfolg

In dieser Untersuchung wurde festgestellt, daß fast 50% der ausländischen Schüler an Förderunterricht bzw. Silentien teilnahmen, die von Schule oder Kirche durchgeführt wurden, wobei jedoch nicht nachgewiesen werden konnte, daß diese Schüler auch prinzipiell bessere Schulleistungen aufwiesen als jene, die nicht daran teilnahmen.

Eine weitere wichtige Hilfe stellte das persönliche Engagement der Lehrer dar, wie sich im persönlichen Gespräch mit ihnen zeigte. Sie waren zum überwiegenden Teil bemüht, die ausländischen Schüler bei der Bewältigung der schulischen Anforderungen verständnisvoll und mit Rat und Tat zu unterstützen. Wo dies nicht geschah, wo die Schüler sich nicht vom Lehrer akzeptiert fühlten, stellten sich eher Konzentrationsmängel und Desinteresse ein, war die Leistungsbereitschaft erniedrigt. "Ebenso spontan wie Zuwendung und Interesse erwachen, setzen aber auch eine tiefe Mutlosigkeit und bleibende Depression ein, wenn die Kontaktbemühungen ohne Antwort und die ersten kleinen Erfolge ohne Lob und Beachtung bleiben" (PIEPHO 1972).

Zwei Negativbeispiele mögen dies veranschaulichen: Ein spanisches Mädchen mit durchschnittlicher Intelligenz und jetzt gutem Notendurchschnitt wiederholte das dritte Grundschuljahr wegen schlechter Leistungen, weil sie vor der Strenge des damaligen Lehrers große Angst hatte und zu der Zeit auch erneut einnässte.

Ein deutscher Junge, der von Anfang an nur weinend die Schule besuchte, und der von seiner Lehrerin vor den Klassenkameraden als Außenseiter abgestempelt und auf ihren Geheiß von ihnen bei Fehlern ausgelacht wurde, wechselte auf eine andere Schule und befand sich seit-

dem wegen schwer gestörtem Selbstwertgefühl, großer Eifersucht und massiven Ängsten in psychologischer Behandlung.

Weiterhin konnte in dieser Arbeit gefunden werden, daß ausländische Schüler in den Fragegruppen Arbeitshaltung in der Schule und Persönlichkeitsmerkmale von den Lehrern durchschnittlich besser beurteilt wurden. Die Gründe für diese Beobachtung - sie deckt sich zum einen mit den Voruntersuchungen von MALHOTRA, zum anderen steht sie konträr zu SCHRADERS Untersuchungen 1976, der feststellt, daß "sie im Urteil ihrer deutschen Lehrer vielfach undisziplinierter und aggressiver sind" - sind sicher einerseits in einem an die schulische Umwelt überangepasstem Verhalten zu suchen, mit der teilweise unter Aufgabe der eigenen Persönlichkeit eine Integration oder bessere Assimilation in die andere Lebensform erreicht werden soll. "Sie versuchen die kulturelle Differenz dadurch zu reduzieren, daß sie sich von den elterlichen Denk- und Verhaltensmustern distanzieren und die soziale Diskriminierung durch Überanpassung bis hin zur Verleugnung der eigenen kulturellen Identität kompensieren" (VINK 1974).

Andererseits liegen die Gründe für eine bessere Lehrerbewertung in der niedrigeren Rate an Verhaltensauffälligkeiten, die wohl mitbedingt ist durch eine warmherzige und entspannte familiäre Atmosphäre, die sowohl durch die vom Heimatland mitgebrachte intakte Familienstruktur als auch durch die Ghettosituation gefördert wird. Dieses Ghetto muß nicht zwangsläufig eine Isolation bedingen. "Es sind legitime Schutzmaßnahmen der Minderheiten, die durchaus ihre Berechtigung und ihren Nutzen haben für die, die darin leben, immer vorausgesetzt, daß der Weg aus dem Ghetto nicht versperrt ist" (WERHAHN 1978).

In dieser Untersuchung war auch erkennbar, daß ausländische Kinder, gemessen an ihrem Intelligenzquotienten, eine noch bessere Benotung in der Schule erhalten könnten, als dies tatsächlich der Fall ist. Dies wird daran deutlich, daß es bei ihnen, bezogen auf den Korrelationsquotienten, keinen Zusammenhang zwischen IQ und Notendurchschnitt gibt, im Gegensatz zu den deutschen Kindern, bei denen IQ und Notendurchschnitt miteinander korrelieren, wie dies ja auch eigentlich zu erwarten ist. Eine interessante Beobachtung, die das ungleiche Verhältnis zwischen Intelligenzquotienten und Schulleistung miterklärt, läßt sich aus dem Vergleich der Einschätzung der Begabung durch den Lehrer mit dem tatsächlich ermittelten IQ ablesen. Bei den Ausländerkindern entsprachen sich IQ und eingeschätzte Begabung in 15 Fällen und je dreimal wurde die Begabung besser oder schlechter als der IQ eingeschätzt, bei den deutschen Schülern entsprachen sich nur in acht Fällen IQ und Begabung, neunmal wurde die Begabung zu hoch und vier mal zu niedrig eingeschätzt. Daraus läßt sich auf eine relative Überbewertung des Leistungspotentials der deutschen Kinder schließen, was mit nur einer Ausnahme in allen Fällen auch eine entsprechend bessere Benotung zur Folge hatte. Damit erwächst indirekt, ohne es zu wollen, eine Benachteiligung der ausländischen Kinder.

Ein intuitives, rational nicht begründbares Vorurteil zeigt sich in der geringen Bereitschaft, ausländischen Kindern den Übergang auf die Realschule oder das Gymnasium zu empfehlen. Hier stellt sich wohl jeder Lehrer eher als bei einem deutschen Kind die Frage, ob ein ausländischer Schüler den Anforderungen der höheren Schule gewachsen ist. "So bleiben 15% der ausländischen Schüler in der Hauptschule zurück, obwohl sie aufgrund der bisherigen Schulleistungen höhere Schulabschlüsse erreichen könnten, wogegen bei den deutschen Schülern die leistungstärkeren ihre Bildungschancen fast voll ausschöpfen und

von den schwächeren Schülern sogar jeder vierte ein höheres Bildungsziel verwirklichen will" (BURKHARDT 1977).

4.5 Schulerfolg ausländischer Kinder in Bonn

Laut Bericht des Schulamtes Bonn (1981) stellt sich die schulische Situation der ausländischen Kinder in Bonn verhältnismäßig gut dar.

Hier lag 1978/79 die Sitzenbleiberrate nur um 1% höher als bei deutschen Kindern, und im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen war die Rate nur halb so hoch. Außerdem erreichten in Bonn 1980/81 nur etwa 40% keinen Hauptschulabschluß im Gegensatz zum Bundesdurchschnitt mit ungefähr 60%, wobei berücksichtigt werden sollte, daß nur 1/3 derjenigen Schüler, die den Abschluß nicht erreichten, auch die deutsche Grundschule besucht hatten.

Folgende Gründe werden für den befriedigenden schulischen Erfolg angegeben: Ein hohes Kindergartenangebot, das auch von fast 70% der Ausländerkinder genutzt wird, darauf aufbauend die überwiegende Einschulung in eine deutsche Regelklasse und ein großes Angebot an Silentien, drei Faktoren, die sich auch in dieser Untersuchung als hilfreich für den Schulerfolg der Ausländerkinder erwiesen haben.

Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen, die in Städten (z.B. Mannheim, Düsseldorf) mit hohem Ausländeranteil und einer Zusammenballung von Industriebetrieben durchgeführt wurden, stellt sich Bonn als eine Stadt mittlerer Größe und mit verhältnismäßig wenig Industrie dar. So betrug 1979 der Ausländeranteil in Bonn nur 7,2%, hingegen in Köln 13,4%, in Düsseldorf 13% und in Duisburg

10,8%. Diese regionalen Unterschiede mit einer verschiedenartigen Strukturierung der Städte haben in Bonn als einer Stadt mit weitgehend administrativer Prägung zur Folge, daß eine massive Konzentrierung der Ausländerproblematik ausbleibt.

4.6 Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der schulischen Situation von Ausländerkindern

Geeignete Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der schulischen Situation von Ausländerkindern stellen eine intensive Förderung der äußeren Rahmenbedingungen im medizinischen, sozialen und auch schulischen Bereich dar.

Im medizinischen Bereich ist eine verstärkte Nutzung der Vorsorgeuntersuchungen anzustreben, bzw. bei älteren Kindern eine wenigstens einmal jährlich stattfindende Vorstellung bei einem Kinderarzt. Auf diese Weise ist es möglich, schon früh körperliche oder seelische Auffälligkeiten zu erkennen und sie rechtzeitig einer Therapie zuzuführen. Mit einem Einbestellsystem können sicherlich mehr als 70% der Kinder erreicht werden, wie dies COLLATZ 1980 in seiner Untersuchung ermittelte. Mit der Durchführung von Hausbesuchen durch die niedergelassenen Pädiater könnten weitere 20% erreicht werden. Zusätzlich eröffnet sich damit die Möglichkeit, die durch das soziale Umfeld bedingten Probleme von Hygiene und Gesundheit an Ort und Stelle anzusehen und wirksame Gegenmaßnahmen einzuleiten.

Im sozialen Bereich ist eine qualitativ hochwertigere Ausstattung der häufig abbruchreifen Wohnungen wünschens-

wert, die zudem nicht isoliert in Altstadtsanierungsgebieten, sondern inmitten der von Deutschen bewohnten Stadtteile liegen sollten. Ein positiver Nebeneffekt der Verlagerung der Ausländerwohnungen aus eigenen Stadtteilen liegt in einer verstärkten Kommunikations- und Integrationsmöglichkeit in eine deutsche Gemeinschaft, obwohl leider heutzutage die modernen Vorortsiedlungen mit ihren Hochhäusern die Isolierung der einzelnen Familie eher begünstigen.

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die möglichst frühzeitige Übersiedlung der ausländischen Familien, und zwar aller Familienmitglieder gemeinsam, nach Deutschland. Wenn ein ausländisches Kind schon im Kleinkindalter nach Deutschland gekommen ist, oder sogar hier geboren, sind seine schulischen Erfolgsmöglichkeiten erheblich aussichtsreicher als bei einem Kind, das erst mit zehn Jahren oder später hierher zieht. Die Gründe dafür liegen in der frühzeitigen Erwerbsmöglichkeit der deutschen Sprache, die zudem noch ohne gleichzeitige schulische Stresssituation in der spielerischen Atmosphäre eines Kindergartens erlernt werden kann.

So schreibt BOOS-NÜNNING 1976: "... daß zwischen den deutschen und ausländischen Kindern, soweit letztere die deutsche Sprache beherrschen, kein wesentlicher Leistungsunterschied mehr besteht". "Außerdem könnte in diesem Rahmen die Auseinandersetzung besonders der Mütter mit ihrer deutschen Umgebung und speziell mit deutschen Erziehungsfragen und Bildungszielen gefördert werden" (WERHAHN 1978).

Der wohl wichtigste Bereich zur Förderung der Ausländerkinder ist die Schule selbst.

Erstens erscheint eine schon frühzeitige Integration in den deutschen Klassenverband für sinnvoll, sobald vom Sprachverständnis her möglich, da sowohl der Kontakt mit

den deutschen Mitschülern intensiver als auch der Zwang zum Gebrauch der deutschen Sprache größer wird.

Zweitens sollte das Angebot der Silentien verstärkt werden, denn, wie sich auch in dieser Untersuchung gezeigt hat, gleichgültig ob die Hausaufgabenbetreuung von der Kirche oder der Schule ausgeübt wird, ermöglicht sie den Kindernein leichteres Verstehen des Schulstoffs, da ja die oft bestehenden sprachlichen Schwierigkeiten der Eltern, die sonst bei den Hausaufgaben versuchen zu helfen, wegfallen.

Drittens wären sicherlich Hausbesuche des Lehrers empfehlenswert. Dabei kann nicht nur der Kontakt zu den ausländischen Eltern intensiviert und somit eine bessere Rückkopplung zwischen Schule und Elternhaus erreicht werden, sondern auch milieubedingte kindliche Schäden eher als solche erkannt werden mit der Möglichkeit sie zu beheben.

4.7 Vergleich der spezifischen Probleme von ausländischen und deutschen Kindern

Geht man der Frage nach, ob die Probleme ausländerspezifisch sind oder ähnliches für deutsche Kinder aus entsprechender Sozialschicht gilt, so ergibt sich folgendes Bild: Ausländerspezifische Faktoren sind beispielsweise das tägliche Lernen in einer unbekannten Sprache und das Leben in einer fremden Kultur und Religion, was besonders für die Kinder aus islamischen Ländern seine Gültigkeit hat. Ausländisches wie auch deutsches Problem für die Familien ist zum Beispiel die Schwierigkeit, bei drei und mehr Kindern eine angemessene, nicht zu teure Wohnung zu finden. Hingegen gibt es im medizinischen Bereich bei-

spielsweise keine Unterschiede in der Anzahl an Risikogeburten und -schwangerschaften, obwohl immerhin fast die Hälfte der ausländischen Mütter zu Hause entbunden hat.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß deutsche und ausländische Kinder von ihren Leistungen her miteinander vergleichbar sind. Was jedoch die Probleme betreffen, so erwachsen sie aus unterschiedlichen familiären und gesellschaftlichen Strukturen und bedingen damit verschiedenartige Auswirkungen.

Zum Beispiel sollte man nicht außer acht lassen, daß manche Schwierigkeiten der Ausländerkinder erst mit ansteigendem Lebensalter auftreten. So wird es zum Beispiel für ein türkisches Mädchen im Alter von fünfzehn Jahren Orientierungsprobleme geben, wenn es einerseits den von zu Hause her erwarteten tradierten, von Religion und Überlieferung festgesetzten Rollenerwartungen gerecht werden soll und andererseits die Freizügigkeit des deutschen Mädchens zum Vergleich sieht. Sicherlich ist es auch hier hilfreich, wenn Eltern und Kinder schon seit vielen Jahren in Deutschland wohnen und damit die Möglichkeit haben, mit deutschen Lebensformen vertraut zu werden.

4.8 Zusammenfassung

Aus dieser Untersuchung bleibt abschließend festzuhalten, daß Ausländerkinder einen größeren Schulerfolg zu verzeichnen haben, als dies allgemein angenommen und bislang veröffentlicht worden ist. Eine wichtige Rolle für diesen Erfolg scheint eine enge emotionale Mutter-Kind-Bindung zu spielen, für die das bei ausländischen Müttern häufigere und verlängerte Stillen ein Indiz sein könnte, und die mit einer warmherzigen intrafamiliären Atmosphäre zu einem "protektiven Faktor" führt, der auch die niedrigere Rate an Verhaltensauffälligkeiten erklärt. Somit werden die ursprünglich schlechteren medizinischen und sozialen Ausgangsbedingungen kompensiert.

Es hat sich auch gezeigt, daß es keine Gesetzmäßigkeiten und Regelmäßigkeiten gibt, die eine eventuell vorhandene Benachteiligung erklären; man kann sogar sagen, daß der Status "Ausländerkind" nicht zwangsläufig eine Benachteiligung nach sich zieht.

5. ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurden je dreiundzwanzig ausländische und deutsche Kinder im Alter zwischen acht und zehn Jahren, dem 3. und 4. Grundschuljahr angehörend, mittels eines Intelligenz- und Körperkoordinationstests untersucht. Außerdem wurden den Kindern und Eltern Fragen zur Schule, sozialem Umfeld und medizinischer Vorgeschichte gestellt. Weiterhin wurden die Zeugnisnoten und eine Lehrerbeurteilung ermittelt.

Von den medizinischen und sozialen Daten wurde ein kumulativer Risikofaktor ausgearbeitet und erfragte Verhaltensauffälligkeiten zusammengefaßt. Zusätzlich wurden die Intelligenzquotienten, die Ergebnisse des Körperkoordinationstests und die Zeugnisnoten aufgelistet. Alle Ergebnisse der Zielgruppe (ausländische Kinder) wurden mit denen der Kontrollgruppe (deutsche Kinder) anhand des MANN-WHITNEY Tests verglichen, die Lehrerbeurteilung mittels eines Rating-Verfahrens.

Die ausländischen Kinder wiesen zwar eine höhere medizinische und eine signifikant höhere soziale Risikorate auf, erzielten aber im Intelligenz- und im Körperkoordinations-test ein besseres Ergebnis als die deutschen Kinder. Sie zeigten weniger Verhaltensauffälligkeiten und wurden von den Lehrern bezüglich des schulischen Verhaltens besser, allerdings in der Notengebung vergleichsweise schlechter beurteilt.

Es konnte in dieser Arbeit gezeigt werden, daß es eine grundsätzliche Benachteiligung des Ausländerkindes nicht gibt. Es wurde diskutiert, daß eine enge emotionale Mutter-Kind-Beziehung und eine warmherzige intrafamiliale Atmosphäre medizinische und soziale Nachteile ausgleichen und somit trotz dieser schlechteren Ausgangsbedingungen zu einem befriedigendem Schulerfolg führen, der zudem noch von äußeren Gegebenheiten wie langer Aufenthaltsdauer in

Deutschland, Nutzung eines hohen Kindergartenangebots, darauf aufbauende Einschulung in eine deutsche Regelklasse, Inanspruchnahme von Silentien und unterstützen des Engagement der Lehrer positiv beeinflußt wurde.

6. ANHANG

Exploration

des Kindes:

Geb. Tag:

Geburtsort und -land:

1. Wieviel Geschwister hast Du?
Zähl sie mir bitte der Reihe nach auf:
2. Hast Du ein Zimmer für Dich allein?
ja nein
Wer schläft außerdem noch in Deinem Zimmer?
Eltern andere Person,
Bruder welche:
Schwester
3. Hast Du ein Bett für Dich allein?
ja nein
Wer schläft mit Dir in Deinem Bett?
Vater andere Person,
Mutter welche:
Bruder
Schwester
4. Sind die kleineren Geschwister den ganzen Tag zu Hause?
ja nein
Wer paßt dann auf sie auf?
Vater andere Person,
Mutter welche:
Bruder
Schwester
Paßt Du nachmittags auf sie auf, damit sie nichts an-
stellen oder weglaufen?
jeden Tag selten
oft nie
manchmal
Wie lange machst Du das?
1/2 Std. den ganzen Nachmittag
1-2 Std.
2-3 Std.
Gehen sie in den Kindergarten?
vormittags nachmittags

5. Hilfst Du Deiner Mutter im Haushalt?
jeden Tag selten
oft nie
manchmal
6. Wobei hilfst Du ihr?
Tischdecken Spülen
Einkaufen Abtrocknen
Putzen
7. Wo machst Du Deine Hausaufgaben?
Küche
Wohnzimmer
eigenes Zimmer
8. Wann machst Du die Hausaufgaben?
gleich wenn es aus der Schule kommt
nach dem Mittagessen
nachdem es eine halbe bis eine Stunde gespielt hat
abends vor dem Schlafengehen
9. Wie machst Du die Aufgaben?
ohne Unterbrechung
spielt zwischendurch, macht dann wieder weiter
10. Wie lange brauchst Du für Deine Schulaufgaben?
1/2 Std. länger als 2 Std.
1 Std.
2 Std.
11. Hilft Dir jemand bei den Aufgaben?
jeden Tag selten
oft nie
manchmal
12. Wer hilft Dir dabei?
Vater andere Person,
Mutter welche
Bruder
Schwester
13. Erhältst Du zu Hause oder in der Schule Nachhilfeunterricht?
ja nein
In welchem Fach?

22. Was machst Du am liebsten?

Malen	Radfahren
Lesen	Fußball spielen
Basteln	mit Puppen spielen
Fernsehen	draußen heruntollen
Bauen (mit Lego, Fischertechnik z.B.)	

23. Spielst Du

am liebsten allein
mit älteren Kindern
mit jüngeren Kindern
mit Kindern, die so alt sind wie Du
mit deutschen Kindern
mit ausländischen Kindern

Exploration der Mutter

des Kindes:

Geb. Tag:

medizinischer Teil

1. Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind?
2. Haben Sie eine Fehlgeburt mitgemacht?
ja, wann nein
3. Haben Sie ein Kind totgeboren?
ja, wann nein
4. Können Sie sich an gute oder schlechte Erlebnisse
erinnern, die Sie während der Schwangerschaft mitge-
macht haben?
ja nein
5. Ist die Schwangerschaft normal, ohne Probleme verlaufen?
ja nein
6. Haben Sie Blutungen gehabt?
ja, wann nein
7. Bestand die Gefahr, das Kind zu verlieren?
ja, wann nein
8. Haben Sie über längere Zeit hinweg morgens erbrochen?
ja, wann nein
9. Haben Sie abends geschwollene Beine und Füße gehabt, so
daß die Schuhe nicht mehr paßten?
ja, wann nein
10. Haben Sie geraucht?
ja nein
Wieviel Zigaretten pro Tag?

11. Haben Sie gern ein Glas Wein oder Bier gemocht?
ja, wann nein
12. Sind Sie krank gewesen?
ja, wann nein
Wissen Sie, welche Krankheit das war, oder können Sie mir
beschreiben, was Sie an sich selbst beobachtet haben?
ja nein
Haben Sie dabei auch Fieber gehabt?
ja nein
13. Sind Sie während der Schwangerschaft zum Arzt gegangen?
jeden Monat zur Vorsorgeuntersuchung gegangen
(10 mal)
4-8 mal 1-3 mal
nie
14. Ist der Blutdruck gemessen worden?
ja nein
Wissen Sie, ob er zu hoch oder zu niedrig war?
zu hoch zu niedrig
Hat Ihnen der Arzt die Werte genannt?
ja nein
15. Ist der Urin untersucht worden?
ja nein
Wissen Sie, ob er in Ordnung war?
ja nein
Haben Sie beim Wasserlassen ein Brennen verspürt?
ja nein
16. Wissen Sie, ob die Zuckerwerte im Blut hoch waren?
ja nein
17. Haben Sie während der Schwangerschaft im Krankenhaus
gelegen?
ja, wann nein
Aus welchem Grund?
18. Sind Sie operiert worden?
ja, wann nein
Aus welchem Grund?

19. Sind Sie geröntgt oder bestrahlt worden?
ja, wann nein
Aus welchem Grund?
20. Haben Sie Medikamente, z.B. Tabletten eingenommen?
ja, wann nein
Welche Tabletten waren das, bzw. warum haben Sie sie eingenommen?
21. Wie alt waren Sie bei der Geburt des Kindes?
Wie alt war Ihr Mann?
22. Wo haben Sie das Kind bekommen?
zu Hause im Krankenhaus
23. Wann kam das Kind auf die Welt?
zum errechneten bzw. angenommenen Termin
zu früh Tage/Wochen
zu spät Tage/Wochen
24. Wie lange hat die Geburt insgesamt gedauert?
(Geburtsbeginn: regelmäßige Wehen)
weniger als 3 Std.
zwischen 3 und 18 Std.
länger als 18 Std.
25. Wie lange dauerten die Preßwehen?
weniger mehr als 1 Std.
26. Wie lange vor Beginn der regelmäßigen Wehen war der Blasensprung?
zusammen mit den Wehen
bis zu 36 Std. vorher
bis 14 Tage vorher
mehr als 14 Tage vorher
27. War das Fruchtwasser grün?
ja nein
28. War einer der folgenden Eingriffe notwendig?
Kaiserschnitt Zange
Saugglocke

29. War die Nachgeburt auffällig?
ja nein
30. Sind sonst irgendwelche Schwierigkeiten aufgetreten?
(z.B. Nabelschnurvorfall, -umschlingung)
ja nein
Welche Schwierigkeiten waren das?
31. Wurde das Kind mit dem Kopf zuerst geboren?
ja nein
32. Lag das Kind mit dem Steiß (Po) voran?
ja nein
33. Lag das Kind quer in der Gebärmutter?
ja nein
34. Bestand eine Zwillings- bzw. Mehrlingsschwangerschaft?
ja nein
35. War dieses Kind der erst-
oder zweitgeborene Zwilling?
36. Wieviel Gramm hat das Kind gewogen?
37. Wieviel Zentimeter war es lang?
38. Wie groß war der Kopfumfang?
39. Hat es sofort geschrien?
ja nein
40. Wie sah das Kind aus?
rosig frisch blau cyanotisch
mit einer weißen Schmiere bedeckt
41. Ist das Kind beatmet worden?
ja nein

- ja neir

53. Haben Sie das Kind gestillt?
ja nein
Wie lange?
54. Wann konnte das Kind ohne Hilfe laufen?
früher als 12 Monate
zwischen 13 und 18 Monaten
später als 18 Monate
55. Wann hat es zum ersten Mal Mama und Papa gesagt?
früher als 9 Monate
zwischen 9 und 15 Monaten
später als 15 Monate
56. Wann hat es die ersten 2-Wort Sätze gesprochen?
(z.B. Mama komm)
früher als 1 1/2 Jahre
zwischen 1 1/2 und 2 1/2 Jahren
später als 2 1/2 Jahre
57. Wann haben Sie begonnen das Kind aufs Töpfchen zu setzen?
bevor es 1 1/2 Jahre alt war
zwischen 1 1/2 und 2 Jahren
später als 2 Jahre
58. Wann war es tagsüber sauber?
mit 1 1/2 - 2 Jahren
mit 2-3 Jahren
später als 3 Jahre
59. Wann war es nachts sauber?
mit 2-3 Jahren
mit 3-4 Jahren
später als 4 Jahre
60. Welche Krankheiten hat Ihr Kind schon durchgemacht?
Masern Windpocken Scharlach
Röteln Mumps Keuchhusten
Tuberkulose Asthma Lungenentzündung
Ohrenleiden Hautausschläge Augenleiden
Rachitis Gelbsucht Rheumatisches Fieber
Gehirnhautentzündung
Magen- Darmerkrankungen
häufige Erkältungskrankheiten
Unfall mit Schädelverletzung

61. Welche Impfungen hat es bekommen?
 Tuberkulose Diphtherie Wundstarrkrampf
 Keuchhusten Mumps Masern (lebend)
 Röteln Pocken
 Kinderlähmung: Spritze Schluckimpfung
62. Sind während bzw. nach diesen Krankheiten und Impfungen besondere Schwierigkeiten aufgetreten und welche waren das?
 ja nein
63. Haben Sie an Ihrem Kind schon mal beobachtet,
 daß es plötzlich für ein paar Sekunden mitten im Spiel aufgehört hat und nicht ansprechbar war und anschließend wieder weitergespielt hat, als wäre nichts geschehen.
 daß es plötzlich mit einem Arm oder Bein gleichmäßig wackelt, und wenn Sie es dann ansprechen, daß es nicht auf Sie hört.
 daß es plötzlich beginnt mit der Zunge zu lecken oder zu schmatzen, oder daß es mit den Händen an der Kleidung nestelt und unruhig mit den Füßen scharrt.
64. War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus?
 ja nein
 Wann war es da, wie lange und warum?
65. Nimmt es jeden Tag Medikamente, z.B. Tabletten, Tropfen oder Saft, ein und können Sie mir sagen, wie sie heißen?
 ja nein
66. Sind die Eltern miteinander verwandt?
 ja nein
67. Gibt es bei Ihnen, bzw. in der engeren oder weiteren Verwandtschaft, irgendwelche Behinderungen oder Krankheiten, die ständig behandelt werden müssen?
 ja nein
 Welche sind das?
68. Wann waren Sie das letzte Mal mit Ihrem Kind beim Arzt?
69. Wie oft gehen Sie zu ihm hin?
 regelmäßig alle 3-4 Monate
 wenigstens einmal im Jahr
 nur dann, wenn das Kind krank ist

70. Wie oft sind Sie in den beiden ersten Lebensjahren des Kindes beim Arzt gewesen?
- alle 1-2 Monate
 - 2-3 mal im Jahr
 - nur einmal im Jahr
 - nur wenn das Kind krank war

Exploration der Mutter

des Kindes:

Geb. Tag:

psychologisch/soziologischer Teil

1. Sind Sie
verheiratet
leben von Ihrem Mann getrennt
geschieden
leben unverheiratet zusammen
2. Leben mit Ihnen zu Hause auch Stiefkinder?
ja nein
Wieviele?
3. Wieviel Kinder insgesamt leben in der Wohnung?
4. Leben außer Ihnen und Ihrem Mann noch andere Erwachsene
in der Wohnung?
ja nein
Wer?
5. Wieviel Zimmer hat Ihre Wohnung?
(außer Küche, Bad, Toilette, Keller)
6. Haben Sie innerhalb der Wohnung ein eigenes Bad und eine
eigene Toilette?
ja nein
7. Können Sie alle Räume heizen?
ja nein
8. Hat Ihr Mann einen Beruf gelernt?
ja nein
Welchen?
9. Welchen Beruf übt er zur Zeit aus?

10. Arbeitet er den ganzen Tag
 vormittags
 nachmittags
 abwechselnd Früh- Spät- Nachtschicht
11. Haben Sie einen Beruf gelernt?
 ja nein
Welchen?
12. Welchen Beruf üben Sie aus?
13. Arbeiten Sie den ganzen Tag
 vormittags
 nachmittags
 stundenweise
 abwechselnd Früh- Spät- Nachtschicht
14. In der Zeit, in der Sie arbeiten, ist jemand da, der auf
 die Kinder aufpaßt?
 ja nein
Wer?
15. Seit wieviel Jahren lebt Ihr Mann ständig hier in Deutsch-
 land?
 (ohne mehrmonatigen Aufenthalt im Heimatland)
 weniger als 1 Jahr
 1-2 Jahre
 3-5 Jahre
 zwischen 5 und 10 Jahren
 länger als 10 Jahre
16. Seit wieviel Jahren leben Sie ständig hier in Deutschland?
 weniger als 1 Jahr
 1-2 Jahre
 3-5 Jahre
 zwischen 5 und 10 Jahren
 länger als 10 Jahre
17. Seit wieviel Jahren lebt Ihr Kind hier?
 ist hier geboren
 weniger als 1 Jahr
 1-2 Jahre
 3-5 Jahre
 mehr als 5 Jahre

18. Wenn es erst vor kurzem nach Deutschland gekommen ist, hat es zu Hause einen Kindergarten besucht?
ja von bis nein
vormittags nachmittags
Ist es zu Hause in die Schule gegangen?
ja von bis nein
19. Wenn es später als die Mutter nach Deutschland gekommen ist, wer hat es zu Hause versorgt?
20. War es als einziges Kind zu Hause, oder waren noch Geschwister mit ihm zusammen?
ja nein
Wer?
21. Wer hat das Kind während des ersten Lebensjahres die meiste Zeit über versorgt?
Mutter
andere Person, welche
22. War es zeitweise in einem Heim oder in einer Kinderkrippe?
ja von bis nein
23. War es in einer Pflege- oder Adoptivfamilie?
ja von bis nein
halbtags
ganztägig
auch über Nacht
24. Nachdem das Kind von Ihnen längere Zeit getrennt war, hatten Sie das Gefühl, daß es sich erst wieder an Sie gewöhnen mußte?
ja nein
25. Traten Schwierigkeiten auf, die Sie vorher nicht beobachtet haben?
ja nein
Welche?
26. Hat das Kind hier einen Kindergarten besucht?
ja von bis nein
vormittags nachmittags

27. Wann ist es in die (deutsche) Schule gekommen?
mit Jahren in die Klasse
28. Hat es schon mal die Schule gewechselt?
(eine andere Schule besucht außer der Carl-Schurz Schule)
ja nein
Wie oft?
29. Hat es eine Klasse zweimal gemacht?
ja nein
Welche?
30. Erzählt Ihr Kind von sich aus, was jeden Tag in der Schule
los war?
ja nein
31. Fragen Sie es nach den schulischen Erlebnissen und Problemen?
ja nein
32. Haben Sie das Gefühl, daß das Kind sich in der Schule wohl-
fühlt?
ja nein
Warum nicht?
Die Klassenkameraden hänseln es bzw. lassen es
links liegen
Es versteht sich nicht gut mit dem Lehrer
33. Wie geht es ihm vor Klassenarbeiten?
nicht anders wie sonst auch
schläft die Nacht zuvor nicht so gut
hat keinen Hunger vor Aufregung
sagt nicht, wenn es eine Arbeit schreibt
eine Klassenarbeit strengt es an
34. Wann haben Sie zum letzten Mal mit dem Lehrer gesprochen?
35. Gehen Sie öfters zu ihm hin?
ja nein
Wie oft?
Warum nicht?
Der Lehrer ist unfreundlich zu mir
Ich kann ihn nicht verstehen
Ich habe keine Zeit
Ich habe kein Interesse

36. Gehen Sie auch mal zu den Elternversammlungen?

ja nein

Warum nicht?

Ich habe keine Zeit

Ich habe keine Lust

Ich kann die anderen Eltern nicht verstehen

Die anderen Eltern beachten mich nicht

37. Hat der Lehrer schon mal einen Hausbesuch bei Ihnen gemacht?

ja nein

38. Sind Sie sich mit Ihrem Mann über die Erziehung im allgemeinen einig?

Ich erziehe hauptsächlich die Kinder, mein Mann

kümmert sich nicht darum

Mein Mann bestimmt, wie die Kinder erzogen werden,
und ich richte mich danach

Ich erziehe hauptsächlich die Kinder; wenn Schwierig-
keiten auftreten, besprechen wir sie gemeinsam

Wir erziehen die Kinder gemeinsam

39. Haben Sie irgendwelche Probleme im Umgang mit Ihrem Kind?

ja nein

Welche Schwierigkeiten sind das?

40. Würden Sie manchmal gern mit jemanden darüber reden?

ja nein

Mit wem?

Lehrer

Nachbarin

Erziehungsbe-

Arzt

Verwandte

ratungsstelle

Geistlicher

Sozialarbeiter

41. Haben Sie auch die Möglichkeit dazu?

ja nein

42. Wie ist das Verhältnis Ihres Mannes zum Kind?

Mein Mann beschäftigt sich nur wenig mit dem Kind

Die beiden sind schon mal verschiedener Meinung
normal, ausgeglichen, ohne besondere Höhen und Tiefen
liebevoll

43. Wie verhalten Sie sich dem Kind gegenüber?

liebevoll

normal, ausgeglichen, ohne besondere Höhen und Tiefen
Manchmal habe ich Schwierigkeiten mit dem Kind fertig
zu werden

44. Spielen Sie mit dem Kind, wenn Sie Zeit haben?
Ich habe leider nur wenig Zeit
Ich nehme mir so oft Zeit wie ich kann
Auch wenn ich eigentlich keine Zeit habe, spiele
ich ein bißchen mit dem Kind
Die Kinder spielen lieber unter sich
45. Wird das Kind verwöhnt?
ja nein
Von wem?
Vater andere Person, welche:
Mutter
46. Es kommt sicher schon mal vor, daß Ihr Kind nicht so ge-
horcht, wie Sie das gerne möchten, wie bestrafen Sie es
dann?
gar nicht Ohrfeige
Ermahnungen Schläge
Hausarrest Strafarbeit
Fernsehverbot andere Strafe, welche:
47. Wenn Ihr Kind mit anderen Kindern spielt,
bestimmt es dann, was und wie gespielt wird
steht es daneben ohne mitzuspielen
spielt es genauso wie die anderen mit
48. Verträgt sich das Kind mit den Geschwistern?
zankt sich und verträgt sich wie andere Geschwister
auch
eine(n) Bruder/Schwester mag es besonders gern
mit einem(r) Bruder/Schwester zankt es sich häufiger
als mit den anderen
49. Haben Sie das Gefühl, daß das Kind manchmal eifersüchtig ist?
ja nein
Auf wen?
Vater Mutter
Bruder Schwester
50. Welche guten und schlechten Eigenschaften hat Ihr Kind?
51. Gerät es mehr nach Ihnen oder nach Ihrem Mann?

- | | | | | | |
|-----|---|--------------------------|----------|--------|-----|
| 52. | Haben Sie bemerkt, ob Ihr Kind Sie schon mal anschwandelt? | oft (mehrmals pro Woche) | selten | nie | |
| | | manchmal | | | |
| 53. | Hat Ihr Kind Schwierigkeiten abends einzuschlafen, oder wacht es nachts auf? | oft | manchmal | selten | nie |
| 54. | Fühlt sich Ihr Kind unwohl und klagt, daß ihm irgendetwas weh tut? | oft | manchmal | selten | nie |
| 55. | Wird Ihr Kind schnell müde, wenn es eine Arbeit tun soll, die ihm keinen Spaß macht? | oft | manchmal | selten | nie |
| 56. | Klagt es über Kopfschmerzen? | oft | manchmal | selten | nie |
| 57. | Wenn Ihr Kind länger als eine halbe Stunde still auf einem Platz sitzen soll, wird es dann ungeduldig und zappelig, so daß es am liebsten aufstehen möchte? | oft | manchmal | selten | nie |
| 58. | Wenn Ihr Kind klettern oder turnen soll, stellt es sich dann dumm oder ungeschickt an? | oft | manchmal | selten | nie |
| 59. | Kann es sich alleine beschäftigen, ohne daß Sie ihm sagen oder zeigen, was es tun soll? | oft | manchmal | selten | nie |
| 60. | Wenn der Lehrer in der Schule etwas fragt, antwortet Ihr Kind nicht, obwohl es die Antwort weiß? | oft | manchmal | selten | nie |
| 61. | Schließt Ihr Kind mit anderen Kindern nur schwer Freundschaft? | ja | nein | | |
| 62. | Wenn etwas nicht nach seinem Willen geht, wird es dann wütend und schreit oder schlägt die Tür zu oder wirft mit Gegenständen um sich? | oft | manchmal | selten | nie |

63. Beginnt es mit anderen Kindern ohne sichtbaren Anlaß Streit?
oft manchmal selten nie
64. Haben Sie beobachtet, ob das Kind unbemerkt Süßigkeiten oder Geld aus dem Schrank nimmt und Ihnen nichts davon erzählt?
oft manchmal selten nie
65. Hat es vor irgendetwas Angst?
oft manchmal selten nie
Wovor hat es Angst?
66. Ist es traurig und niedergeschlagen, ohne recht zu wissen warum?
oft manchmal selten nie
67. Kann es "himmelhochjauchzend und zehn Minuten später wieder zu Tode betrübt" sein ?
oft manchmal selten nie
68. Wenn etwas Neues und Unbekanntes auf Ihr Kind zukommt, ist es dann vorsichtig und hält sich zurück?
oft manchmal selten nie
69. Kaut es an den Fingernägeln?
oft manchmal selten nie
70. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar, wenn es z.B. Schulaufgaben macht, und hat es Schwierigkeiten sich zu konzentrieren?
oft manchmal selten nie

Lehrerbeurteilung

Kind:

Geb. Tag:

1. Welche Schulleistungen zeigt das Kind?
sehr gute mittlere sehr schlechte
gute schlechte
2. Welche Deutschkenntnisse hat das Kind?
sehr gute mittlere sehr schlechte
gute schlechte
3. Wie ist sein sprachlicher Ausdruck?
sehr gewandt unbeholfen
flüssig sehr schwerfällig
4. Wie ist die Mitarbeit des Kindes im Unterricht?
gleichmäßig gut arbeitet selten mit
nur wenn interessiert arbeitet nie mit
5. Folgt das Kind aufmerksam dem Unterricht?
sehr aufmerksam sehr unaufmerksam
aufmerksam
6. Wie führt das Kind Aufträge aus?
sehr zuverlässig im großen und ganzen
etwas unzuverlässig zuverlässig
sehr unzuverlässig
7. Richtet es sich nach den erteilten Anordnungen?
sehr gefügig ungern
gefügig widerspenstig
8. Schwätzt es im Unterricht?
nie manchmal immer
selten häufig
9. Wie verhält es sich beim Lösen schwieriger Aufgaben?
läßt nicht locker gibt schnell auf
bemüht sich versucht gar nicht

10. Vergißt das Kind Hefte, Schulbücher, Turnzeug etc.?
nie manchmal/gelegentlich oft
selten immer fehlt etwas
11. Besucht das Kind regelmäßig die Schule?
regelmäßig unregelmäßig
fast regelmäßig sehr unregelmäßig
12. Kommen die Eltern des Kindes zu Elternversammlungen oder zu ähnlichen Anlässen in die Schule?
oft manchmal nie
meistens selten
13. Wie ist das Kind begabt?
hochbegabt normal minderbegabt
gut mäßig
14. Wie findet sich das Kind in neuen Situationen zurecht?
sofort allmählich gar nicht
schnell nach langer Zeit
15. Wie ist das Selbstbewußtsein des Kindes?
überheblich kaum oder nicht selbst-
durchschnittlich bewußt
16. Bemüht es sich im Mittelpunkt zu stehen?
nie oft
gelegentlich immer
17. Ist das Kind hilfsbereit?
sehr hilfsbereit egoistisch
mittel
18. Wie ist das Benehmen des Kindes?
sehr offenherzig mittel
sehr verschlossen
19. Wie ist das Benehmen des Kindes?
sehr natürlich mittel
sehr affektiert
20. Wie ist das Benehmen des Kindes?
sehr beherrscht gehalten
unbeherrscht/jähzornig

21. Wie ist das Kind in der Pause?
sehr ruhig
ruhig
lebhaft
tobt
22. Ist es ängstlich?
nie ängstlich
manchmal
sehr ängstlich
23. Ist das Kind motorisch unruhig?
sehr still
still
unruhig
sehr unruhig
24. Stiftet es zu Streichen an?
nie
manchmal
sehr oft
25. Ist das Kind oft krank?
nie
selten
manchmal
oft
sehr oft

7. LITERATURVERZEICHNIS

1. AKPINAR; LÓPEZ-BLASCO; VINK:
Pädagogische Arbeit mit ausländischen Kindern und Jugendlichen
Juventa, München 1979
2. AKPINAR, U.; u.a.:
Sozialisationshilfen für Ausländerkinder
in: betrifft Erziehung, Heft 11/78, 38-50
3. BECKER, U.:
Kinder ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland
Handbuch für Sozialarbeiter, Pädagogen, Juristen und sonstige Mitarbeiter in der Jugendhilfe, Bonn 1974
4. BIERMANN, G.:
Die Bedeutung von Geburt und Wochenbett für die Mutter-Kind-Beziehung aus der Sicht des Kinderpsychiaters
in: Therapiewoche 30, 638-644, Karlsruhe 1980
5. BONAC, V.:
Entwicklungstendenzen in der Beschulung ausländischer Kinder
Arbeitsbericht Nr. 9 des Instituts für politische Bildung, Dortmund 1980
6. BOOS-NÜNNING, U.; HOHMANN, M.:
Zur Situation deutscher Lehrer von Kindern ausländischer Arbeitnehmer
in: Bildung und Erziehung, Heft 1, 43-52, 1975
7. BOOS-NÜNNING, U.; HOHMANN, M.:
Schulbildung ausländischer Kinder
Eichholz, Bonn 1976

8. BOOS-NÜNNING, U.:
Zur Interpretation interkultureller Spannungsfelder
Die Sozialisation ausländischer Kinder
in: Ausländische Kinder, Schule und Gesellschaft im
Herkunftsland, 299-318, Düsseldorf 1977
9. BORRIS, M.:
Ausländische Arbeiter in einer Großstadt
in: Eine empirische Untersuchung am Beispiel Frankfurt,
Frankfurt 1973
10. BÜLOW, M.; WINDISCH, A.:
Gastarbeiterkinder in deutschen Schulen
in: betrifft Erziehung, Heft 6/73, 22-25
11. BURKHARD, R.:
Mehr Chancen für die zweite Generation?
in: Die deutsche Schule, Heft 10/77, 575-579
12. COLLATZ; NATZSCHKA; SCHWOON:
Ausländische Kinder im Krankenhaus. Epidemiologische
Untersuchung in einem Kinderkrankenhaus
in: Monatsschrift für Kinderheilkunde, Heft 5/77,
594-596
13. COLLATZ; NATZSCHKA; SCHWOON:
Krankheiten, Einweisungshäufigkeit und Krankheitsver-
läufe bei ausländischen Kindern im Krankenhaus
in: Das öffentliche Gesundheitswesen, Heft 12/77,
746-758
14. DEHMELT, P.; KUHNERT, W.; ZINN, A.:
Diagnostischer Elternfragebogen
Beltz, Weinheim 1974

15. FRIEBEM, D.H.:
Jugendliche aus "Gastarbeiter"-Familien
Sozialpsychiatrische und medizinisch-soziologische
Überlegungen an Hand zweier Falldarstellungen
in: Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie,
Heft 1/75, 7-10
16. GÄRTNER-HARNACH, V.:
Psychologische Untersuchung der Schulsituation von
Kindern ausländischer Arbeitnehmer
Mannheim 1975
17. GROß, E.:
Kränkende Integration
Sozialisationsprobleme der Gastarbeiter und ihrer
Kinder
in: Pädagogische Rundschau, Heft 4/74, 275-288
18. HANSEN, G.:
Zur psychologischen Situation der Gastarbeiterkinder
in: TUMAT, A.J. und KEUDEL, U.: Unterricht für Kinder
ausländischer Arbeitnehmer, 33-49,
Schmidt & Klaunig, Kiel 1978
19. HELLBRÜGGE, T.:
Kindliche Sozialentwicklung und ihre sinnesphysiolo-
gischen Grundlagen
in: BIERMANN, G.: Kindliche Sozialisation und Sozial-
entwicklung, 43-78,
Urban & Schwarzenberg, München 1978
20. HELLBRÜGGE, T.:
Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer
Urban & Schwarzenberg, München 1980

21. HERTL, M.:
Gastarbeiterkinder in der Bundesrepublik Deutschland
zwischen Integration und Sonderstatus
aus der Schriftenreihe der Nestle-Diät-GmbH, (o.J.)
22. HOHMANN, M.:
Zur Interpretation interkultureller Spannungsfelder
Das Bildungssystem in den Entsendeländern
in: Ausländische Kinder - Schule und Gesellschaft im
Herkunftsland, 321-334, Düsseldorf 1977
23. HURST, M.:
Integration und Entfremdung
Ich- und Identitätsentwicklung des Gastarbeiterkindes
in: betrifft Erziehung, Heft 6/73, 35-38
24. KLEMM, K.:
Ausländerkinder in deutschen Schulen (Zahlen und Prognosen)
in: HANSEN, G. und KLEMM, K.: Kinder ausländischer
Arbeiter, 31-87, Neue deutsche Schule, Essen 1979
25. KOCH, H.R.:
Gastarbeiterkinder in deutschen Schulen
Verlag für Sprachenmethodik, Königswinter 1980
26. KOMMISSION "Anwalt des Kindes"
Lernstörungen - Herausforderung für die Schule
in: Der Kinderarzt, Heft 4/78, 473-478
27. KORTE, H.:
Soziale Hintergründe der Situation der ausländischen
Arbeitnehmer
in: HANSEN, G. und KLEMM, K.: Kinder ausländischer
Arbeiter, 19-29, Neue deutsche Schule, Essen 1979

28. LEITLINIEN DER LANDESREGIERUNG NORDRHEIN-WESTFALEN
ZUR AUSLÄNDERPOLITIK
Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des
Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 1980
29. MAIER, E.:
Ausländerkinder. Daten und Überlegungen
in: Der Kinderarzt, Heft 1/77, 45-50
30. MAJEWSKI, E.:
Behinderte ausländische Kinder. Darstellung der
Problematik ihrer Versorgung am Beispiel der Abt.
Jugendgesundheitspflege des Gesundheitsamtes Hannover
Hannover 1978
31. MALHOTRA, M.K.:
Die soziale Integration der Gastarbeiterkinder in die
deutsche Schulklasse
in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsy-
chologie, Heft 1 /73, 104-121
32. MALHOTRA, M.K.:
Gastarbeiterkinder aus der Sicht der Lehrer
in: Pädagogische Rundschau, Heft 3/75, 228-251
33. MALHOTRA, M.K.:
Gesundheitliche Probleme der Gastarbeiterkinder aus
der Sicht der behandelnden Ärzte
in: Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie,
Heft 6/74, 203-209
34. MANEKE, M.:
Sozialpädiatrie
Urban & Schwarzenberg, München 1979

35. MEILE, B.:
Soziale Position und Schulleistung von Gastarbeiter-
kindern. Ergebnisse einer Modellfallstudie
in: Psychologische Beiträge, Heft 3/76, 354-371
36. MÜLLER, H.:
Gutachten zur Schul- und Berufsbildung der Gast-
arbeiterkinder
Bildung und Erziehung, Bochum 1971
37. MÜLLER, H.:
Die Überwindung von Vorurteilen als Erziehungsauftrag
in: Ausländerkinder in deutschen Schulen,
92-97, Stuttgart 1974
38. NIKLES, B.W.:
Sozialisation ausländischer Kinder in der BRD
in: Die neue Ordnung, Heft 3/76, 184-192
39. PECHSTEIN, J.:
Der Kindergarten in sozialpädiatrischer Sicht - seine
Bedeutung für die Entwicklung des Kindes
in: Hexagon Roche, 17-23. Basel 1979
40. PETERMANN, F.:
Empirische Analyse der schulischen Lernbedingungen von
Gastarbeiterkindern
in: Die deutsche Schule, Heft 10/77, 588-594
41. PLENTZ, K.:
Lebenssituation, Gesundheitszustand, medizinische Ver-
sorgung ausländischer Kinder und Jugendlicher in der BRD
in: Das öffentliche Gesundheitswesen, Heft 3/76, 196-198

42. PIEPHO, H.E.:
Förderung und Integration von Kindern ausländischer
Arbeitnehmer
Frankonius, Dornburg 1972
43. POUSTKA, F.:
Psychiatrische Störungen bei Kindern ausländischer
Arbeitnehmer
Enke, Stuttgart 1984
44. PRECHTL, H.F.R.:
Neurological findings in newborn infants after pre-and
paranatal complications
veröffentlicht in: Nutricia Symposium Aspects of Praema-
turity and Dysmaturity, Groningen 10-12, 303-321, May 1967
45. REMSCHMIDT, H.; STEINHAUSEN, H.C.:
Psychische Störungen bei Kindern griechischer Arbeit-
nehmer in West-Berlin
Berlin 1981
46. SANDER, W.:
Ausländische Kinder in Deutschland: Lebenssituation,
Gesundheitszustand, medizinische Versorgung
in: Der niedergelassene Arzt, Heft 5/76, 53-54
47. SAVVIDIS, G.:
Zum Problem der Gastarbeiterkinder in der Bundes-
republik Deutschland. Eine empirische sozialpädago-
gische Untersuchung
Dissertation, München 1974
48. SCHMIDT, E.; GUTHOFF, W.; MÜNTEFERING, H.:
Säuglingssterblichkeit 1973. Prospektive Einzelfall-
analyse in Düsseldorf
Urban & Schwarzenberg, München 1974

49. SCHMIDT, E.:
Nutzung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen bei
ausländischen Kindern
in: HELLBRÜGGE, Th.: Die Kinder ausländischer Arbeit-
nehmer, 22-28, Urban & Schwarzenberg, München 1980
50. SCHMIDTCHEN, St.; ONDORZA, G.v.; DAHME, B.:
Faktorenanalytische Untersuchung von Verhaltens-
störungen bei Kindern
in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie,
23, 270-276, 1974
51. SCHMIDTKE, H.-P.:
Förderung verhaltensauffälliger Kinder
Schwann, Düsseldorf 1978
52. SCHRADER, A.; NIKLES, B.; GRIESE, H.:
Die zweite Generation. Sozialisation und Akkulturation
ausländischer Kinder in der BRD
Athenäum, Kronberg 1976
53. SOZIALBERICHT 1980
Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung
1980
54. STADT BONN - SCHULAMT
Über die Betreuung der schulpflichtigen Kinder aus-
ländischer Arbeitnehmer in den Schulen der Stadt Bonn
1978 und 1981
55. Stand und Weiterentwicklung der Integration der aus-
ländischen Arbeitnehmer und ihrer Familien in der
Bundesrepublik Deutschland
Memorandum des Beauftragten der Bundesregierung,
Bonn 1979

56. THALMANN, H.-C.:
Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter
Klett, Stuttgart 1971
57. VINK, J.:
Außerschulische Fördermaßnahmen für ausländische
Kinder
in: MÜLLER, H.: Ausländerkinder in deutschen Schulen,
127-142, Stuttgart 1974
58. WAGNER, B.; KOSUB, U.:
Außerschulische Bildungsarbeit mit ausländischen
Jugendlichen
in: Außerschulische Bildung, Heft 3/77, 59-63
59. WERHAHN, P.:
Ausländerkinder aus der Sicht des Kinderarztes
in: Der Kinderarzt, Heft 10/76, 1109-1114
60. WERHAHN, P.:
Probleme der Ausländerkinder aus der Sicht des Kinder-
arztes
in: Der Kinderarzt, Heft 4, 5, 6/78, 493-496; 643-646;
798-801

Danksagung

Mein sehr herzlicher Dank gilt Herrn Professor Dr. H.G. Schlack für die stets verständnisvolle Aufmerksamkeit und sein förderndes Engagement, mit dem er mich und diese Dissertationsarbeit begleitete.

Desweiteren danke ich herzlich Herrn Professor Dr. E. Straub für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Ich möchte aber auch den Kindern und Eltern, den Lehrern und Schulleitern, sowie allen stillen Helfern danken, ohne die das Zustandekommen dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Lebenslauf

Am 31.12.1951 wurde ich als jüngstes von zwei Kindern der Eheleute August und Irmgard Reineri, geb. Geimer in Gelnhausen/Hessen geboren.

Nach dem Umzug 1953 nach Bonn besuchte ich von 1958 - 1962 die dortige Elisabeth-Volksschule und absolvierte dann bis zur Reifeprüfung am 20. Juni 1970 den neusprachlichen Zweig des Helmholtz-Gymnasiums in Bonn-Duisdorf.

Von September 1970 bis Oktober 1972 wurde ich zur Apotheker-Assistentin in der Glocken-Apotheke Witterschlick ausgebildet. In diesem Beruf war ich von November 1972 bis Oktober 1975 in Osnabrück tätig.

Zum Wintersemester 1975/76 begann ich mit dem Studium der Humanmedizin an der Universität Bochum. Nach der ärztlichen Vorprüfung im August 1977 setzte ich das Studium an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn fort, das ich mit der Approbation am 10. Mai 1982 abschloß.

Zur Zeit arbeite ich als Assistenzärztin in der Inneren Medizin I des Stadtkrankenhauses Neuwied.

Seit dem 19.11.1982 bin ich mit dem Arzt Dr. Wolfgang A. Stunder verheiratet, am 24.09.1984 wurde unser Sohn Dominik Noël geboren.

